

UNIVERSITÉ DE LIÈGE
FACULTÉ DE MÉDECINE
Département de Médecine générale

Contribution au développement
de la médecine de famille
au Vietnam

VÕ Thành Liêm

Promoteurs

Prof. Quang Trung DUONG
Prof. Didier GIET

Septembre 2013

Vạn sự khởi đầu nan

(proverbe vietnamien)

« *Toute chose est difficile avant d'être simple* »

REMERCIEMENTS

Je désire réserver une place privilégiée de remerciements aux deux Professeurs qui m'ont orienté vers les merveilles de la discipline « Médecine de Famille ».

Je tiens d'abord à saluer la mémoire du Professeur Quang Trung DUONG, ancien Recteur de mon université et Directeur du Service de santé de Hồ Chí Minh-ville, promoteur vietnamien de la thèse. Il m'a formé en tant que médecin et plus spécialement en santé communautaire, m'a permis de poursuivre une formation médicale approfondie en France et m'a accompagné très régulièrement de ses conseils. Il nous a quittés très récemment.

Je remercie également vivement le Professeur Didier GIET, promoteur belge de la thèse et président du Département de Médecine générale de l'ULg, qui m'a accompagné tout au long de ce nouveau et difficile parcours en Médecine de famille. Sa patience et son attention généreuse ont créé une ambiance constructive et chaleureuse pendant le temps de mes séjours en Belgique et même après.

J'exprime également ma reconnaissance à la CUD (Commission Universitaire pour le Développement) pour le soutien obtenu sous la forme d'une bourse de doctorat.

Je tiens à exprimer ma gratitude aux deux médecins généralistes qui ont influencé ma réflexion sur la CISP : le Professeur Michel ROLAND, pour ses encouragements et sa guidance dans mon aventure dans le domaine du dossier médical informatisé et également de la classification destinée aux soins ambulatoires (CISP) et le Docteur Marc JAMOULLE, pour son accompagnement autour du travail de la CISP, pour son soutien permanent vers une collaboration internationale au sein du comité de la classification CISP (WICC).

Je voudrais également adresser un très chaleureux merci à mes amis et amies qui ont contribué directement à mes travaux de thèse et sans l'intervention desquels le chemin parcouru n'aurait pas été le même : le Docteur Christiane DUCHESNES pour son analyse scientifique pertinente, ses précieuses corrections et pour m'avoir soutenu, accompagné et permis de surmonter avec affection les moments de doute,

Madame Valérie MASSART, pédagogue, qui n'a pas ménagé ses efforts pour le recueil de données lors de l'enquête, mais également dans la gestion du projet de coopération au sein duquel cette thèse s'intègre, le Professeur Marc VANMEERBEEK et le Docteur Jean-Luc BELCHE, pour leurs conseils techniques innovants qui m'ont ouvert de nouvelles perspectives et leur accompagnement attentif, Monsieur Olivier VÖGELI, sociologue et Monsieur Frédéric KETTERER, docteur en sociologie, pour leur remarquable patience et leur amitié pendant mes séjours en Belgique, pour leurs aides pertinentes dans l'analyse des données et la préparation de ce document.

Je désire témoigner aussi ma reconnaissance à tous ceux, Belges et Vietnamiens, qui ont suivi, accompagné et soutenu mon travail de recherche. Je ne pourrais pas tous les citer. Qu'ils reçoivent ici mille mercis.

Dans le cadre de la gestion administrative de mes séjours, j'associe également à mes remerciements Mesdames Laurence BLOCKX et Geneviève COLINET du secrétariat du Département de Médecine générale qui m'ont prêté assistance dès que le besoin s'en faisait sentir, ainsi que les membres du PACODEL de l'Université de Liège qui ont œuvré pour que chacun de mes séjours en Belgique se passe sans difficulté. Je ne veux pas oublier Madame Bernadette LORET pour son accueil chaleureux et son souci d'améliorer ma pratique du français au travers de nos conversations.

Ma reconnaissance s'exprime également aux personnes qui ont apporté une importante contribution à la relecture attentive, à la correction de la langue française et à la mise en page de notre travail, Madame Marie-Ange DECHESNE, docteur en sociologie, qui cultive par ailleurs un grand attachement à mon pays, Madame Chantal MICHEL du SEGI et Messieurs Jean-Luc BODART et Nicolas GILLAIN.

Je souhaite également remercier les membres de mon Jury de thèse pour le temps qu'ils auront consacré à l'analyse de mes travaux et à leur présentation. Un grand merci particulier au Professeur Adelin ALBERT qui n'a pas manqué de m'entourer de conseils pertinents et dont la bienveillance m'a particulièrement touché, d'autant plus que ce Jury de thèse est le dernier qu'il présidera avant son admission à la retraite.

Je tiens à associer à ces remerciements ma mère, ma femme, mes enfants qui ont fait preuve de beaucoup de patience, ma famille et celle de mon épouse ainsi que mes amis sans lesquels ce travail n'aurait pu voir le jour.

Une grande reconnaissance est réservée à mon père qui a cultivé chez moi les valeurs d'une vie contributive et qui ne peut voir aujourd'hui les fruits de son œuvre.

AVANT-PROPOS

Ce document est le fruit du travail de quatre années de doctorat.

Nous voudrions vous expliquer la genèse du sujet. Sans entrer dans les détails de l'histoire récente du Vietnam que nous vous exposerons dans le premier chapitre, un petit aperçu de la situation sanitaire du pays et des problèmes qui sont les nôtres à l'heure actuelle vous permettra de saisir toute l'importance de ce travail.

A la fin du siècle passé, le Vietnam a connu un développement et des modifications sans précédent de la société. Le secteur sanitaire a également évolué permettant aux grands indicateurs de santé de la population de progresser.

Nous nous sommes réjouis de voir de plus en plus d'institutions de soins à tous les niveaux du pays. Une technologie médicale de plus en plus avancée a été introduite au Vietnam grâce à différents programmes de coopération internationale.

Dans ce contexte, nous pensions que les Vietnamiens pourraient bénéficier de soins appropriés et de qualité. Cependant, au début des années 2000, force a été de constater que les progrès médicaux enregistrés n'apportaient pas le bénéfice escompté à toute la population.

Les grands hôpitaux montraient des signes de surcharge importante et, malgré leurs excellentes ressources humaines et matérielles, ne pouvaient plus répondre à la demande de soins de la population. La qualité des soins se dégradait rapidement et les patients payaient de plus en plus cher. Face à ces nouveaux défis sanitaires, les autorités sanitaires devaient trouver rapidement des solutions.

En 2005, une équipe composée de spécialistes de diverses disciplines médicales de l'Université de Liège a été accueillie par le service de santé de Hồ Chí Minh-ville.

Le but de cette mission était de trouver des partenaires locaux pour construire des projets de collaboration. Après les présentations de leurs disciplines respectives, les spécialistes belges ont trouvé leurs homologues vietnamiens sauf le Professeur Giet, président du Département de Médecine générale : personne, dans l'assemblée, ne pratiquait sa discipline.

Dans la plupart des systèmes de santé, les médecins généralistes ou médecins de famille font partie de la première ligne de soins, laquelle absorbe la majorité des besoins en soins de santé de la population.

Grâce à leur proximité avec la population (ils pratiquent dans des cabinets de quartier), grâce à leur approche globale des patients qu'ils connaissent bien (patients qui reviennent les voir grâce aux liens de confiance qui se tissent tout au long de la vie), grâce aux dossiers qu'ils tiennent et qui leur permettent d'assurer la continuité des soins, ces médecins assurent le premier contact des patients avec le système de santé, les soignent et, si c'est nécessaire, les orientent vers des soins plus spécialisés.

Le directeur du service de santé de Hồ Chí Minh-ville a compris de ces faits que le renforcement des soins de santé primaires, et en particulier le développement d'un réseau efficace de médecins de famille, était une des solutions majeures aux problèmes de gestion du système de santé vietnamien.

Avant d'aller plus loin, nous voudrions mettre l'accent sur la terminologie employée dans ce travail.

Au Vietnam, le médecin généraliste est le médecin de base, celui qui vient de terminer ses études de médecine et n'a pas encore entamé de spécialisation.

Pour éviter toute confusion, tant au niveau de la population que des professionnels et même des textes de lois et règlements, les Vietnamiens ont opté pour le terme « Médecine de Famille » qui sera utilisé dans ce travail. Il s'agit donc bien de la spécialité à part entière.

En Belgique, cette spécialité est appelée « Médecine générale ».

La notion de Médecine de Famille était encore loin d'être connue de la population et du monde politique du Vietnam.

Progressivement, avec le soutien de la ville de Hồ Chí Minh et de la Belgique, le Professeur Giet a construit un projet de collaboration avec l'Université Pham Ngoc Thach (UPNT), l'une des deux universités médicales que compte cette mégapole de plus de 10 millions d'habitants.

L'objectif du projet était de développer une formation spécialisée en Médecine de Famille au sein de l'UPNT (projet de Coopération Universitaire Institutionnelle de la Commission Universitaire pour le Développement – Belgique).

Jeune médecin intéressé par ce projet, je suis parti en Belgique pour réaliser un doctorat en médecine de famille.

Soutenu par une bourse de la CUD, j'ai partagé mon temps entre la Belgique et mon pays natal. Nous avons réalisé différents travaux de recherche dans le but de nourrir la réflexion et d'argumenter l'intégration de la médecine de famille au Vietnam.

Au fil de ce document, vous trouverez une description approfondie du contexte vietnamien des dernières années.

Nous présenterons ensuite les objectifs du travail et l'enquête menée dans le cadre de ce projet, tant en Belgique qu'au Vietnam ; ceci permettra des comparaisons prudentes entre les deux pays.

Trois chapitres de résultats présenteront des analyses différentes des données de l'enquête.

- Le premier est basé sur la notion de prévalence des problèmes et recours en santé.
- Le deuxième s'attachera à évaluer le volume et le type de consommation de soins par la population.
- Dans le troisième, nous analysons les problèmes de santé mentionnés par la population.

Pour classer ces problèmes de santé, nous avons fait appel à la Classification Internationale des Soins de santé Primaires (la CISP).

Nous nous la sommes d'abord appropriée. Outil essentiel à la codification des problèmes rencontrés dans les soins primaires, il nous semblait important d'en rendre l'appropriation possible au Vietnam.

Nous l'avons donc traduite et avons ensuite réalisé un dictionnaire de terminologie sémantique.

Un important chapitre est réservé à cette contribution. Vous trouverez ensuite une discussion générale des résultats et des perspectives d'avenir.

Nous vous souhaitons une excellente lecture !

RESUME

Le Vietnam a souffert de nombreux conflits armés et subi des changements profonds de son économie.

Nous analysons les diverses raisons qui ont bouleversé l'organisation du système de santé du pays et qui ont mené les postes de soins primaires communaux, pourtant bien répartis sur le territoire, à être désertés.

La politique sanitaire du pays s'étant résolument orientée en faveur du développement des structures de deuxième et de troisième lignes, la situation actuelle est celle d'une absence de première ligne de soins bien structurée et d'une importante surcharge des hôpitaux.

Les défis pour le futur concernent la gestion des ressources humaines, la répartition des tâches, la gestion financière et la sécurité sociale dans une société et un monde en constante évolution. Beaucoup évoquent le développement de la Médecine de famille (MF) parmi les pistes de solution.

Pour contribuer à ce débat crucial pour le système de santé vietnamien, et approcher plus spécifiquement l'apport potentiel de la MF, notre analyse a porté sur les besoins en santé de la population, ses plaintes et problèmes de santé et ses comportements actuels en matière de consommation des soins.

Nous avons également souhaité comparer, dans la mesure du possible, ces éléments à ceux relevés dans la population belge bénéficiant d'une première ligne de soins plus structurée.

Pour atteindre ces objectifs, nous avons réalisé une enquête de santé auprès des populations vietnamienne et belge.

Les données recueillies ont été analysées grâce au logiciel SPSS.

Les questions ouvertes concernant les plaintes, symptômes et maladies ont fait l'objet d'un encodage en lien avec la Classification Internationale des Soins de santé Primaires – la CISP.

1209 personnes ont été interrogées dans les deux pays, à deux reprises.

Une première analyse, inspirée des travaux de K. White, s'est attachée aux prévalences mensuelles des personnes ayant un problème de santé et des personnes ayant recours aux différents professionnels de santé.

Une proportion importante de la population, tant belge que vietnamienne, recourt aux services d'un médecin.

En Belgique, nombreux sont les patients qui reçoivent des soins à domicile et des soins paramédicaux. Au Vietnam, une frange très importante de la population fait appel au pharmacien.

Nos travaux ont bien confirmé que très peu de personnes nécessitaient une hospitalisation ou des soins de haute technicité.

Dans un deuxième temps, l'analyse a porté sur le volume des contacts répertoriés évaluant ainsi la consommation en soins de santé.

Au Vietnam, les patients s'adressent, d'une part, aux médecins dans les consultations ambulatoires hospitalières et la majorité de ces recours donne lieu à une consultation simple. D'autre part, ils vont aussi à la pharmacie, principalement pour obtenir des médicaments en vente libre.

L'inefficience de ce système, le manque de soins de proximité et le coût de ces pratiques ont été largement discutés.

Dans un troisième temps, nous nous sommes intéressés aux plaintes, symptômes et maladies mentionnés par les participants à l'enquête. Ceci nous a permis d'établir un profil des maladies les plus prévalentes, ce qui est d'un intérêt primordial pour la formation des futurs professionnels de la santé, en particulier les futurs médecins de famille.

Dans le cadre de cette analyse, il nous a fallu encoder ce que nous disaient les patients.

La Classification Internationale des Soins de santé Primaires (CISP) est particulièrement adaptée aux problèmes de santé de la population générale,

puisqu'elle permet d'encoder des maladies, mais aussi des plaintes ou symptômes fréquemment mentionnés par le patient et sans diagnostic précis.

Nous avons voulu rendre cet outil accessible aux médecins vietnamiens travaillant en première ligne et aux premiers Départements de MF qui ont été créés.

Nous avons donc entrepris une traduction et préparé un dictionnaire de terminologie sémantique.

Nous espérons que, dans un futur proche, les Départements universitaires de MF, mais également les médecins vietnamiens, pourront se l'approprier et l'utiliser couramment de manière à améliorer la prise en charge et le suivi des patients, à collecter des données homogènes et fiables, à publier des études concernant la santé de la population générale et à justifier l'importance de la première ligne de soins.

Par la présente thèse de Doctorat, nous apportons des éléments montrant la nécessité de structurer au Vietnam une première ligne de soins forte, au sein de laquelle la médecine de famille doit prendre une place centrale.

Nous avons également tenté de contribuer à doter les médecins de famille et leurs partenaires en santé d'un outil d'analyse de leurs activités sur le terrain.

TOM TẮT

Việt Nam đã trải qua nhiều thời kỳ chiến tranh và cũng chứng kiến những thay đổi sâu sắc trong quá trình phát triển kinh tế. Chúng tôi phân tích các khía cạnh khác nhau đã làm đảo lộn cấu trúc của hệ thống y tế quốc gia, và làm suy yếu mạng lưới y tế chăm sóc tuyến ban đầu, được xem là có mạng lưới phân bố rộng trên toàn lãnh thổ. Các chính sách và cam kết của chính phủ trong lĩnh vực y tế hiện ưu tiên phát triển các đơn vị y tế thuộc tuyến hai và ba của hệ thống y tế. Điều này có thể giải thích hoàn cảnh hiện tại thiếu vắng hệ thống y tế chăm sóc tuyến ban đầu vững mạnh, mà tình trạng quá tải trầm trọng tại các bệnh viện là một ví dụ. Trong thời gian tới, hệ thống y tế sẽ phải đối mặt với các thách thức bao gồm việc quản lý nguồn nhân lực, phân bổ công việc, quản lý kinh tế y tế và chính sách bảo hiểm xã hội trong bối cảnh cả nước và thế giới không ngừng phát triển. Nhiều bằng chứng cho thấy mô hình y học gia đình có thể là một trong những giải pháp hiệu quả trong tình hình hiện nay.

Để cung cấp thêm bằng chứng góp phần đánh giá lại hệ thống y tế Việt Nam, cũng như bàn luận thêm về hiệu quả có thể mang lại từ mô hình Y học gia đình, các phân tích của chúng tôi tập trung chủ yếu vào nhu cầu sức khỏe của cộng đồng, than phiền – vấn đề sức khỏe, hành vi trong sử dụng các dịch vụ y tế khác nhau. Đồng thời, trong điều kiện cho phép, chúng tôi cũng mong muốn so sánh các yếu tố khảo sát tại Việt Nam với nước Bỉ nơi mà người dân được thụ hưởng các dịch vụ y tế tốt hơn từ một hệ thống y tế có mạng lưới chăm sóc ban đầu tổ chức tốt.

Để đạt được các mục tiêu đó, chúng tôi đã tiến hành một khảo sát về sức khỏe tại cả hai cộng đồng dân cư tại Việt Nam và Bỉ. Bảng câu hỏi sử dụng cấu trúc mở cho phép khai thác các than phiền, triệu chứng cũng như bệnh tật. Các dữ liệu sau đó được mã hóa sử dụng bảng danh mục quốc tế dành cho chăm sóc tuyến ban đầu ICPC (International Classification for Primary Care). Tổng cộng đã có 1209 người dân được phỏng vấn hai lần ở cả hai quốc gia.

Phân tích đầu tiên sử dụng phương pháp được đề xuất bởi tác giả K.White đánh giá tỷ lệ người dân có ít nhất một vấn đề sức khỏe hoặc có sử dụng ít nhất một dịch vụ y

tế khác nhau trong một tháng theo dõi. Kết quả cho thấy có tỷ lệ lớn người dân tại Bỉ và Việt Nam sử dụng các dịch vụ y tế cung cấp bởi chính bác sĩ. Tuy nhiên, tại Bỉ, chúng tôi ghi nhận nhiều người bệnh sử dụng dịch vụ chăm sóc tại nhà hoặc các dịch vụ y tế không chính thức. Trong khi đó, tại Việt Nam, có một tỷ lệ quan trọng người dân sử dụng thuốc không toa. Phân tích của chúng tôi cũng chứng minh rằng rất ít người dân thật sự cần thiết phải nhập viện hoặc dùng các dịch vụ y tế kỹ thuật cao.

Trong phân tích thứ hai, đánh giá của chúng tôi tập trung chủ yếu về số lần người bệnh tiếp xúc với nhân viên y tế, thông qua đó đánh giá việc sử dụng dịch vụ chăm sóc y tế. Tại Việt Nam, bệnh nhân đến khám bác sĩ tại khoa khám bệnh ngoại trú của bệnh viện mà trong đa số các trường hợp chỉ để thực hiện việc khám bệnh đơn giản. Mặt khác, chúng tôi cũng ghi nhận việc bệnh nhân đến nhà thuốc chỉ vì muốn mua và dùng thuốc không toa. Sự kém hiệu quả của hệ thống y tế, sự thiếu vắng mô hình chăm sóc cộng đồng và chi phí của các mô hình cũng được chúng tôi mở rộng bàn luận trong mục này.

Ở bước phân tích thứ ba, chúng tôi quan tâm đến bản chất của các than phiền, triệu chứng cũng như bệnh tật của người dân được thu thập qua khảo sát của chúng tôi. Các dữ liệu này cho phép chúng tôi thiết lập được mô hình dịch tễ của những bệnh có tỷ lệ cao. Đây chính là cơ sở ban đầu để thiết lập chương trình đào tạo cho nhân viên y tế tương lai, mà cụ thể nhất là cho các bác sĩ gia đình tương lai.

Trong quá trình phân tích, thực tế đặt ra nhu cầu cần phải phân tích được những thông tin về bệnh-vấn đề sức khỏe mà người bệnh cung cấp qua khảo sát. Do các vấn đề sức khỏe có thể là bệnh hoặc đôi khi chỉ là những than phiền hoặc dấu chứng không đặc hiệu, không có chẩn đoán xác định, điều này đòi hỏi bảng danh mục mã cần phù hợp. Bảng danh mục quốc tế dành cho chăm sóc tuyến ban đầu ICPC được xây dựng để phục vụ chủ yếu cho công việc này. Chúng tôi muốn phổ biến công cụ này đến các bác sĩ Việt Nam đang công tác tại tuyến ban đầu cũng như bác sĩ gia đình. Bảng danh mục này đã được chúng tôi Việt ngữ hóa, đồng thời xây dựng kho từ điển thuật ngữ giúp tra cứu. Chúng tôi hy vọng, trong tương lai gần, các bộ môn Y học gia đình trong cả nước, cũng như các bác sĩ Việt Nam có thể hoàn thiện thêm và vận dụng bảng mã này vào trong công tác chuyên môn. Điều này được kỳ vọng sẽ góp phần cải thiện việc theo dõi và điều trị bệnh nhân, việc thu thập dữ liệu một cách đồng nhất và đáng tin cậy, việc phát triển các nghiên cứu về sức khỏe của cộng đồng dân cư, thông qua đó góp phần nâng cao hình ảnh của tuyến chăm sóc ban đầu.

Trong luận án tiến sĩ này, chúng tôi đã cung cấp các bằng chứng cho thấy sự cần thiết của việc củng cố lại mạng lưới chăm sóc y tế tuyến ban đầu ở Việt Nam, trong đó y học gia đình cần được xem là mắc xích trung tâm của giải pháp. Bên cạnh đó, để hỗ trợ thêm cho bác sĩ cũng như các nhân viên y tế, chúng tôi cũng phát triển công cụ giúp phân tích hoạt động chuyên môn của họ.

SAMENVATTING

Vietnam heeft onder tal van gewapende conflicten geleden en ingrijpende economische veranderingen ondergaan.

We analyseren de verschillende redenen die de organisatie van het Vietnamese gezondheidssysteem hebben ontwricht en die tot de ontvolking van de over het grondgebied goed verdeelde gemeentelijke primaire zorgposten hebben geleid.

Doordat het Vietnamese gezondheidsbeleid zich volop op de ontwikkeling van de tweede en derde lijn had georiënteerd, is er nu een schrijnend gebrek aan een goed gestructureerde eerste lijn en een aanzienlijke overbelasting van de ziekenhuizen.

Uitdagingen voor de toekomst omvatten het human resources beleid, de taakverdeling, het financieel beheer en de sociale zekerheid in een samenleving en een wereld in verandering. Velen vermelden, onder de oplossingen, de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde.

Met deze thesis proberen we een bijdrage te leveren aan dit zeer belangrijke debat voor het Vietnamese gezondheidszorgsysteem en, meer specifiek, de mogelijke bijdrage van de huisartsgeneeskunde te begrijpen.

Daarom richt onze analyse zich op de zorgbehoefte van de bevolking, de klachten, gezondheidsproblemen en het zorggebruik van de patiënten. Voor zover mogelijk hebben we gepoogd deze elementen te vergelijken met die van de Belgische bevolking, welke geniet van een meer gestructureerde eerstelijnsgezondheidszorg.

Om deze doelstellingen te bereiken, hebben we een gezondheidsonderzoek opgezet bij de Vietnamese en Belgische bevolking.

De gegevens uit dit onderzoek werden geanalyseerd met SPSS.

De open vragen over klachten, symptomen en ziekten werden gecodeerd aan de hand van de *'International Classification of Primary Care – ICPC'*.

In beide landen werden, in totaal, 1209 mensen ondervraagd, bij twee verschillende gelegenheden:

Een eerste analyse, geïnspireerd door het werk van K. White, richtte zich op de maandelijkse prevalentie van mensen met een gezondheidsprobleem en van mensen die contact opnamen met gezondheidswerkers.

Een aanzienlijk deel van zowel de Vietnamese als de Belgische bevolking doet beroep op een arts.

In België ontvangen veel patiënten thuiszorg en paramedische zorg. In Vietnam gaat een zeer groot deel van de bevolking naar de apotheker.

Ons onderzoek bevestigt dat zeer weinig mensen een ziekenhuisopname of 'high-tech' care nodig hebben.

In een tweede stap richtte de analyse zich op de hoeveelheid geregistreerde contacten ten einde het gezondheidszorggebruik in te schatten.

In Vietnam richten patiënten zich enerzijds tot een arts op spreekuur in een ziekenhuis; de meerderheid van deze contacten resulteert in een gewone raadpleging. Anderzijds gaan ze ook naar de apotheek om geneesmiddelen zonder recept te verkrijgen.

De inefficiëntie van dit systeem, het gebrek aan zorg in eigen omgeving en de kosten hiervan worden uitvoerig besproken.

In een derde stap, interesseerden we ons voor de aard van de klachten, symptomen en ziekten die door de deelnemers vermeld werden. Met deze gegevens konden wij een profiel van de meest voorkomende ziekten opstellen.

Dit is van primair belang voor de opleiding van toekomstige gezondheidswerkers, met name de toekomstige huisartsen.

Als onderdeel van deze analyse, dienden we zo dicht mogelijk te coderen bij wat de respondenten zeiden. De *'International Classification of Primary Care (ICPC)'* is bijzonder geschikt om de gezondheidsproblemen van de algemene bevolking in kaart te brengen aangezien men met deze classificatie niet alleen ziekten, maar ook

vaak door patiënten genoemde klachten of symptomen kan coderen, ook zonder een nauwkeurige diagnose.

We wilden dit instrument beschikbaar stellen voor de Vietnamese eerstelijnsartsen en voor de universitaire vakgroepen huisartsgeneeskunde.

Met dit doel hebben we de ICPC vertaald en er een woordenboek van semantische terminologie aan toegevoegd.

Wij hopen dat, in de nabije toekomst, de universitaire vakgroepen huisartsgeneeskunde maar ook Vietnamese artsen zich deze classificatie zullen eigen maken en op grote schaal gebruiken. Dit zal toelaten om consistente en betrouwbare gegevens te verzamelen, het beheer en de monitoring van patiënten te verbeteren, studies over de gezondheid van de algemene bevolking te publiceren en op die manier het belang van de eerste lijnsgezondheidszorg te rechtvaardigen.

In dit proefschrift, leveren we elementen aan die de noodzaak aan een sterke gestructureerde eerste lijn ondersteunen, waarin huisartsgeneeskunde centraal staat. Tegelijkertijd hebben we geprobeerd de huisartsen en de andere eerstelijnsgezondheidswerkers een nuttig instrument te bezorgen voor de analyse van hun activiteiten op het terrein.

SUMMARY

During history Vietnam suffered from several wars and profound economic changes. In this study we analysed the various reasons that disrupted the organization of the country's health care system and led people to leave the primary health care units.

For decades, the health policy of the country has been firmly committed to the development of secondary care structures. The obvious results are a lack of a well-structured primary care system and a significant overloading of hospitals.

Challenges for the future in the healthcare system include management of human resources and division of labour, finances and social security in a constantly evolving society and world. Many evoke the development of Family Medicine among the possible solutions.

The purpose of our analysis was to focus on the population's needs for healthcare, its health complaints and problems, and its behaviours in terms of consumption of healthcare services, to provide arguments to this for-the-Vietnamese-health-system important debate and to understand the potential contribution of Family Medicine.

We also chose to compare these elements to those of the Belgian population, which has already got access to a more structured primary healthcare system.

To achieve these objectives, we conducted a health survey among the Vietnamese and Belgian populations.

The collected data were analysed using SPSS software.

Open questions regarding complaints, symptoms and diseases were encoded using the International Classification of Primary Care - ICPC.

In total, 1209 people were interviewed in the two countries, on two different occasions.

A first analysis, inspired by the work of K. White, concerned the monthly prevalence of people with health problems and of people consulting different healthcare providers.

A significant proportion of the Vietnamese and Belgian populations contacted a physician.

In Belgium, more patients received care at home and from providers other than doctors. In Vietnam, a very large part of the population also consulted a pharmacist.

Our work also confirmed that very few people required hospitalization or high-tech care.

In a second step, the analysis focused on the number of recorded contacts in order to evaluate healthcare consumption.

In Vietnam, on the one hand, patients contacted doctors in hospital outpatient departments mainly for a simple consultation. On the other hand, they also went to the pharmacy to obtain drugs without prescription.

The inefficiency of the system, lack of community care and the cost of these practices have been widely discussed.

In a third step, we were interested by the complaints, symptoms and diseases reported by the survey participants. This allowed us to draw a profile of the most prevalent diseases; this is of primary interest for the training of future health professionals, especially future family physicians.

As part of this analysis, we encoded what patients said.

The International Classification of Primary Care (ICPC) is particularly suitable to general population's health problems: it allows to encoding not only diseases but also complaints or symptoms frequently mentioned by the patient without any precise diagnosis.

We wanted to make this tool available to Vietnamese doctors working in primary care and to the first departments of Family Medicine which were recently created.

We therefore translated the classification into Vietnamese language and prepared a dictionary of semantic terminology.

We hope that, in the near future, University departments of Family Medicine but also Vietnamese physicians will be using this tool. It has indeed to be frequently used in order to improve the management and monitoring of patients, to collect consistent

and reliable data, to publish studies about the health of the general population and to justify the importance of primary care.

In conclusion, during this PhD thesis work, we provided evidence showing the need for structuring a well-organised primary health care system in Vietnam, in which Family Medicine is central.

We also provided family physicians and their health partners with tools that can help them analysing their practice in the future.

SOMMAIRE

Remerciements	I
Avant-propos	III
Résumé	VII
Tóm tắt	XI
Samenvatting	XIII
Summary	XVII
Sommaire	XXI
Tableaux	XXV
Figures	XXVII
Glossaire	XXXI
Chapitre 1 : Contexte du Vietnam	1
1.1 Une histoire bouleversée au cours du 20ème siècle.....	1
1.2 Histoire du développement du système de santé.....	3
1.2.1 Avant la révolution de 1945	3
1.2.2 De 1945 à 1954	4
1.2.3 De 1954 à 1978	4
1.2.4 De 1978 à nos jours	6
1.2.5 Orientations politiques actuelles en matière de santé.....	8

1.3	Organisation et gestion du système de santé actuel	10
1.3.1	Organisation administrative du système de santé.....	10
1.3.2	Offres de soins médicaux.....	13
1.3.3	Indicateurs sanitaires du pays	16
1.4	Les défis sanitaires auxquels le système de santé doit faire face.....	21
1.5	Rôle des soins de santé primaires dans le système sanitaire	24
1.5.1	Faiblesse du système de soins de santé primaires.	24
1.5.2	Histoire contemporaine des postes de soins de santé	24
1.5.3	Conflits d'intérêt entre les partenaires médicaux.....	26
Chapitre 2 : Objectifs de la thèse		33
Chapitre 3 : Études de terrain		37
3.1	Méthodes d'enquête et recueil des données.....	37
3.1.1	Introduction	37
3.1.2	Constitution de l'échantillon de l'étude	39
3.1.3	Questionnaire utilisé pour l'étude.....	40
3.1.4	Déroulement de l'enquête.....	41
3.1.5	Encodage des données	43
3.1.6	Analyse des données	43
3.2	Résultats généraux de l'enquête	44
3.3	Écologie en santé - Carré de White	49
3.3.1	Introduction	49
3.3.2	Méthodologie	51
3.3.3	Écologie en santé de Hồ Chí Minh-ville - Vietnam.....	53
3.3.4	Écologie en santé de Liège - Belgique.....	67
3.3.5	Comparaison entre deux pays : Vietnam - Belgique.....	80
3.4	Consommation en soins de santé	95
3.4.1	Introduction	95
3.4.2	Méthode	96
3.4.3	Résultats	97
3.4.4	Discussion	102
3.4.5	Conclusion.....	105
3.5	Épidémiologie des problèmes de santé	107

3.5.1	Introduction.....	107
3.5.2	Méthodologie.....	108
3.5.3	Répartition des types de problèmes à Liège - Belgique	109
3.5.4	Répartition des types de problème à Hồ Chí Minh-ville - Vietnam	121
3.5.5	Discussion.....	128
3.6	Contribution à l'introduction de la CISP2 au Vietnam	135
3.6.1	Introduction.....	135
3.6.2	Traduction de la CISP en vietnamien.....	149
3.6.3	Dictionnaire de terminologie sémantique de la CISP2	154
3.6.4	Autres applications développées sur base de la CISP2 en vietnamien	164
3.6.5	Participation active en faveur de la CISP vietnamienne.....	169
Chapitre 4 : Discussion générale		175
Bibliographie		183
Annexe 1 : Questionnaire utilisé pour l'étude		191
Annexe 2 : Présentation du questionnaire aux enquêteurs		199
Annexe 3 : Lettre envoyée aux participants potentiels		209
Annexe 4 : Information au participant		211
Annexe 5 : Formulaire de consentement		213
Annexe 6 : CISP2 en français et en vietnamien		215
Annexe 7 : Interfaces du travail d'encodage		221
Annexe 8 : Programmation des logiciels statistiques		225
Annexe 9 : Réflexion méthodologique : impact du télescopage dans une enquête par questionnaire en deux phases		227
Annexe 10 : Illustration des différences d'affluence entre une policlinique ambulatoire hospitalière et un PSP		243

TABLEAUX

Tableau 1.	Réalisation des objectifs nationaux de santé 2010.....	17
Tableau 2.	Estimation de la taille de la population à échantillonner en Belgique et au Vietnam.....	39
Tableau 3.	Taux de réponses directes à la première visite en %.....	44
Tableau 4.	Variables socio-démographiques du ménage et de la personne pendant le mois étudié.....	45
Tableau 5.	Relevé du nombre de problèmes de santé et de recours selon les communes.....	48
Tableau 6.	Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou des recours en santé – Hô Chí Minh-ville - Vietnam.....	54
Tableau 7.	Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou des problèmes de santé – Liège, Belgique	67
Tableau 8.	Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou des recours en santé – Liège – Belgique.	68
Tableau 9.	Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou des recours en santé, pour les deux pays.	81
Tableau 10.	Synthèse des principaux résultats des travaux traitant de l'écologie en santé.....	89
Tableau 11.	Distribution des recours en fonction de la fréquence de contact du prestataire.....	97
Tableau 12.	Recours au système de soins par habitant, dans les 2 pays.....	97

Tableau 13.	Répartition des services réalisés en fonction du lieu de contact en Belgique.....	99
Tableau 14.	Répartition des services réalisés en fonction du lieu de contact au Vietnam.....	100
Tableau 15.	Les problèmes de santé rapportés pendant les deux mois d'enquête dans les deux pays	109
Tableau 16.	Répartition en pourcentages des pathologies dans les systèmes encodés en CISP pour les quatre communes.	110
Tableau 17.	Répartition des codes selon les composants de la CISP (Belgique)...	114
Tableau 18.	Proportion des 10 premiers problèmes en santé les plus rencontrés dans l'enquête en Belgique (encodés en CISP2).....	116
Tableau 19.	Les 5 premiers problèmes de santé récents et les 5 premiers problèmes de santé anciens rencontrés dans l'enquête en Belgique.....	117
Tableau 20.	Répartition des codes selon les composants de la CISP (Vietnam)....	121
Tableau 21.	Proportion des 10 premiers problèmes de santé les plus rencontrés dans l'enquête au Vietnam (encodés en CISP2).....	126
Tableau 22.	Les 5 premiers problèmes de santé récents et les 5 premiers problèmes de santé anciens rencontrés dans l'enquête au Vietnam	127
Tableau 23.	Structure bi-axiale de la CISP avec 17 chapitres et 7 composants.	147
Tableau 24.	Exemple de la banque de connexions entre le vocabulaire vietnamien et le code CISP avec pondération	160
Tableau 25.	Quelques exemples et leur explication de SADC en CISP.	167

FIGURES

Figure 1.	Système de santé du Vietnam organisé par niveaux géographiques ...	11
Figure 2.	Répartition du type de pathologies des cas hospitalisés pendant la période 1976-2009 ¹²	18
Figure 3.	Evolution du rapport relatif du nombre de lits/1000 habitants comparé à celui de 2000.....	27
Figure 4.	Prévalence mensuelle des problèmes de santé et des recours à différentes sources de soins de santé aux États-Unis (traduit et adapté selon Green et al. 2001 ²).....	50
Figure 5.	Écologie des soins de santé de deux communes de Hồ Chí Minh-ville, suivant un modèle inspiré de Green (prévalence mensuelle exprimée pour 1000 personnes ne concernant que les recours à des médecins).....	55
Figure 6.	Prévalence mensuelle (rapportée à 1000 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le prestataire de soins, au Vietnam.....	56
Figure 7.	Prévalence mensuelle (rapportée à 1000 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le lieu de soins, au Vietnam	57
Figure 8.	Prévalence mensuelle (rapportée à 1000 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le type de prestation, au Vietnam.....	58
Figure 9.	Prévalence mensuelle (rapportée à 100 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le prestataire de soins, au Vietnam.....	59

Figure 10.	Prévalence mensuelle (rapportée à 100 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le lieu de soins, au Vietnam.....	60
Figure 11.	Prévalence mensuelle (rapportée à 100 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le type de prestation, au Vietnam...	61
Figure 12.	Écologie des soins de santé de deux communes liégeoises, suivant un modèle inspiré de Green (prévalence mensuelle exprimée pour 1000 personnes, ne concernant que les recours à des médecins)	69
Figure 13.	Prévalence mensuelle (rapportée à 1000 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le prestataire de soins, en Belgique.....	70
Figure 14.	Prévalence mensuelle (rapportée à 1000 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le lieu de soins, en Belgique	71
Figure 15.	Prévalence mensuelle (rapportée à 1000 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le type de prestation, en Belgique.....	72
Figure 16.	Prévalence mensuelle (rapportée à 100 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le prestataire de soins, en Belgique.....	73
Figure 17.	Prévalence mensuelle (rapportée à 100 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le lieu de soins, en Belgique	74
Figure 18.	Prévalence mensuelle (rapportée à 100 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le type de prestation, en Belgique..	75
Figure 19.	Prévalence mensuelle (rapportée à 1000 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le prestataire de soins, en Belgique et au Vietnam	82
Figure 20.	Prévalence mensuelle (rapportée à 1000 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le lieu de soins, en Belgique et au Vietnam.....	83
Figure 21.	Prévalence mensuelle (rapportée à 1000 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le type de prestation, en Belgique et au Vietnam	84
Figure 22.	Prévalence mensuelle (rapportée à 100 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le prestataire de soins, en Belgique et au Vietnam	85

Figure 23.	Prévalence mensuelle (rapportée à 100 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le lieu de soins, en Belgique et au Vietnam	86
Figure 24.	Prévalence mensuelle (rapportée à 100 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le type de prestation, en Belgique et au Vietnam	87
Figure 25.	Répartition des lieux de soins selon les pays	101
Figure 26.	Répartition des prestations de soins selon les pays.....	101
Figure 27.	Répartition des problèmes de santé par système, selon le type de problèmes, en Belgique.....	111
Figure 28.	Répartition des problèmes de santé par système, selon le groupe d'âge en Belgique	112
Figure 29.	Répartition des problèmes de santé par système, selon le sexe en Belgique.....	112
Figure 30.	Répartition des problèmes de santé par système, selon la période de recueil, en Belgique.....	113
Figure 31.	Répartition des problèmes de santé par système selon la commune de résidence, en Belgique	113
Figure 32.	Pyramide de la répartition des problèmes de santé et du nombre de codes utilisés pour l'encodage en Belgique.....	114
Figure 33.	Répartition des types de problèmes de santé en Belgique.....	115
Figure 34.	Figure comparant notre enquête avec les données de l'étude de Okkes en 2002 sur les problèmes de santé rapportés en médecine de famille au Pays-Bas, au Japon et en Pologne.	119
Figure 35.	Répartition des problèmes de santé par système, selon le type de problèmes, au Vietnam.....	122
Figure 36.	Répartition des problèmes de santé par système, selon la période de recueil, au Vietnam.....	123
Figure 37.	Répartition des problèmes de santé par système selon la commune de résidence, au Vietnam.....	123
Figure 38.	Répartition des problèmes de santé par système selon le sexe, au Vietnam	124

Figure 39.	Répartition des problèmes de santé par système, selon la possession d'une assurance maladie, au Vietnam.....	124
Figure 40.	Répartition des problèmes de santé par système, selon le groupe d'âge, au Vietnam	125
Figure 41.	Pyramide de la répartition des problèmes de santé et du nombre de codes utilisés pour l'encodage, au Vietnam.....	126
Figure 42.	Interface de travail de traduction de la CISP.....	152
Figure 43.	Interface de travail de comparaison des différentes versions traduites de la CISP.....	153
Figure 44.	Les étapes dans la construction d'un dictionnaire de terminologie..	158
Figure 45.	Démonstration du rôle du dictionnaire terminologique intégré dans un moteur de recherche en CISP2.....	163
Figure 46.	Le pentagone du partenariat en santé. D'après Ch. Boelen, OMS, 2000.....	180

GLOSSAIRE

ANN : *Artificial Neural Networks*.

AVAI : Années de Vie Ajustées sur l'Incapacité (équivalent français de *DALY Disability-Adjusted LifeYears*).

CIM : Classification Internationale des Maladies (équivalent français de *ICD, International Classification of Diseases*).

CISP : Classification Internationale des Soins Primaires (équivalent français de *ICPC, International Classification of Primary Cares*).

CUD : Commission Universitaire pour le Développement.

CUI-UPNT05 : « mise en place d'une formation académique de troisième cycle en médecine de famille », projet de la Commission Universitaire Inter-universitaire au sein de à l'Université médicale Pham Ngoc Thach

DMI : Dossier Médical Informatisé.

Doi Moi : « Renouveau », nom donné aux réformes économiques entreprises au Vietnam, en 1986.

ICHI : *International Classification of Health Interventions*.

ICHPPC : *International Classification of Health Problems in Primary Care*.

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ONG : Organisation Non Gouvernementale.

PIB : Produit Intérieur Brut (équivalent français de GDP, *Gross Domestic Product*).

PSP : Poste de Soins Primaires.

SADC : Système d'Aide à la Décision Clinique (équivalent français de *CDSS Clinical Decision Support System*).

SNOMED CT: *Standardized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms*.

UPNT : Université médicale Pham Ngoc Thach (Hồ Chí Minh-ville).

WICC: *Wonca International Committe of Classification*.

WONCA : *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*.

YLD: *Years lived with disability*

CHAPITRE 1

Contexte du Vietnam

Le Vietnam appartient aux 10 pays de la région du Sud-Est asiatique. Il partage ses frontières au Nord avec la Chine, à l'Ouest avec le Laos et le Cambodge, à l'Est et au Sud, le territoire est délimité par la mer.

Le pays, en forme de « S », comporte 3.350 km de côtes.

Avec 331.212 km² de superficie, le Vietnam abrite 54 peuples différents où le Viêt (également appelé le Kinh) est majoritaire avec plus de 86% de la population du pays. D'après une enquête de l'Institut Statistique du Vietnam en 2010, la taille de la population était de 86,92 millions d'habitants ^{1,2}.

Sans prétendre faire une analyse approfondie et complète des paramètres historiques, sociologiques, économiques, politiques, etc, nous nous concentrerons plutôt sur les éléments qui ont favorisé l'apparition ou l'extension des problèmes sanitaires au cours des dernières années au Vietnam.

1.1 Une histoire bouleversée au cours du 20ème siècle

Le vingtième siècle est marqué au Vietnam par une période sombre et violente.

Le pays a été impliqué, sans interruption, dans plusieurs guerres qui ont duré presque 40 ans. La victoire de l'été 1975 a clôturé les affrontements dévastateurs avec deux grands pays du monde, la France et les États-Unis. Ensuite, le Vietnam a de nouveau été engagé dans un conflit contre le régime génocidaire des Khmers Rouges au Cambodge, et dans la guerre de la frontière du Nord avec la Chine.

Ces années de guerre ont eu au Vietnam de lourdes conséquences.

L'infrastructure économique industrielle a été presque complètement détruite.

La productivité réduite de l'agriculture ne pouvait suffire à protéger le peuple contre la famine, sans précédent, pendant les premières années suivant la réunification du pays.

Avec le soutien fort des pays de la zone économique soviétique, le modèle communiste de l'économie vietnamienne a engrangé des résultats encourageants au cours des premières années qui suivirent les guerres. Certains indicateurs socio-économiques se sont substantiellement améliorés, entre 1985 et 1990.

À la fin des années '80, lorsque le système soviétique s'est effondré, les subventions des pays soviétiques ont diminué alors que l'embargo américain empêchait la collaboration commerciale avec d'autres partenaires internationaux.

L'économie du Vietnam s'est trouvée en grande difficulté. L'inflation a alors marqué des records pendant une longue période. L'industrie, en manque de matériaux, de techniques et d'équipements a longuement stagné. Avec un PIB (*GDP*) de 98 dollars par personne en 1990, le Vietnam était à ce moment un des pays les plus pauvres du monde ³.

En 1986, en réponse à ces difficultés accumulées, le Vietnam a mené un grand projet de « Renouveau » (*Đổi Mới*).

Ce projet a marqué une période de transition sans précédent.

L'État a abandonné le modèle économique basé sur la centralisation afin d'adopter le modèle économique capitaliste (celui basé sur le marché - modèle économique des pays occidentaux).

Pendant 20 ans (de 1990 à 2010), l'économie du Vietnam a connu un développement annuel moyen de 7,3%. Le revenu a dépassé la barre des 1000 dollars par habitant par an en 2010, soit un niveau 5 fois plus important qu'en 1990.

Avec ces résultats, le Vietnam a été classé en 2010 dans le groupe des pays à revenus modérés ³.

Pourtant, ces progrès enregistrés ne sont pas identiques dans tous les domaines.

L'essor économique et industriel est allé de pair avec une fragilisation des paramètres sociaux, créant une turbulence sociale au cours des dernières années.

Nous pouvons citer ici l'inflation à double chiffre, la dévaluation du dong vietnamien, (unité monétaire), l'exploitation sauvage des ressources naturelles engendrant la pollution de l'environnement, l'urbanisation mal contrôlée, le fossé significatif entre

les couches sociales, l'apparition de nouveaux fardeaux sanitaires, conséquences de la transition épidémiologique, etc.

Cette situation met le Vietnam face à de nouveaux défis qui demandent une approche plus équitable et durable.

Le système de santé n'a pas échappé aux effets de cette instabilité sociale vietnamienne.

1.2 Histoire du développement du système de santé.

L'histoire moderne du développement du système de santé du Vietnam peut être divisée en quatre grandes périodes ⁴ : celles-ci sont étroitement liées aux éléments saillants de l'histoire du Vietnam.

1.2.1 Avant la révolution de 1945

À cette période, le Vietnam était sous colonisation française.

Les Français ont fait venir des médecins qui ont introduit la médecine occidentale (considérée comme la médecine moderne) pour soigner principalement leurs combattants et leurs compatriotes.

Des établissements médicaux se sont développés à partir de polycliniques et se sont transformés en hôpitaux de petite dimension (10 à 20 lits). Leur gestion médicale était assurée par des médecins et des assistants-médecins.

Le gouvernement colonial n'accordait pas beaucoup d'attention aux soins médicaux de la population générale.

Il n'y avait pas de structure de soins médicaux occidentaux dans les zones rurales : la médecine traditionnelle y prenait donc la place principale.

Pratiquant une médecine réservée aux riches, les médecins occidentaux travaillaient en principe dans le secteur privé, au niveau des grandes villes. Les médicaments étaient d'origine française et délivrés par les firmes privées.

La médecine occidentale est restée longtemps réservée à une petite partie privilégiée de la population des villes de Hanoï (*Hà Nội*), Haïphong, (*Hải Phòng*), Hué (*Huế*) et Saïgon (ancien nom de la ville d'Hô Chi Minh) (*Thành Phố Hồ Chí Minh*).

En termes de programmes de prévention et de vaccination, il n'y avait que le vaccin contre la poliomyélite et le vaccin TAB contre les fièvres typhique et paratyphiques.

Ce programme ne bénéficiait qu'aux populations urbaines. Cependant, en cas d'épidémie, le programme de vaccination pouvait s'étendre à la population rurale, des villages et des communes ⁴.

1.2.2 De 1945 à 1954

La révolution d'août 1945 a donné naissance à la République Démocratique du Vietnam. En 1946, débute la guerre d'Indochine qui durera jusqu'en 1954.

Pendant cette période, le système de santé avait pour missions principales de soutenir les combattants, de prévenir les épidémies et de développer un réseau de soins primaires basé sur les postes de soins communautaires. En ce qui concerne la prévention, les quatre programmes nationaux suivants ont été mis en place :

- Prévention de la poliomyélite, du choléra et de la fièvre typhoïde.
- Prévention des maladies à caractère social comme le trachome, la tuberculose et les maladies sexuellement transmissibles.
- Amélioration des conditions d'hygiène prévenant la propagation des maladies transmissibles.
- Formation du personnel soignant à des procédures de soins de base et à la vaccination.

En 1949, le ministère de la Santé a mis en place un département chargé de la santé rurale afin de renforcer le développement du réseau de soins communautaires.

Il y avait différents programmes de formation accélérée disponibles pour le personnel de santé (d'une durée de 3 mois, 6 mois ou 9 mois).

Dans les communes disposant d'un personnel avec compétence médicale, un poste de santé communautaire où les soins médicaux étaient délivrés gratuitement au profit de la population locale, a été construit.

La commune finançait ces activités, l'équipement et les médicaments.

Fin 1954, le Vietnam comptait au total 2000 postes de santé de ce type, sur les 6000 communes qui le composaient à cette époque ⁴.

1.2.3 De 1954 à 1978

L'année 1954 a marqué la fin de la guerre d'Indochine : le Vietnam a remporté la victoire contre la France, mais selon les accords de Genève, le pays a été temporairement divisé en deux territoires (séparés par la ligne du 17^{ème} parallèle).

Le Nord a connu un régime communiste.

Le Sud du pays était sous le contrôle d'un gouvernement de transition qui a été, par la suite, dominé par les États-Unis.

À nouveau, le Vietnam entrait dans une guerre, cette fois contre les Américains.

À cette époque, le système de santé du Nord poursuivait les cinq objectifs principaux suivants :

- Organisation des soins de santé pour servir la production économique, soutenir les combattants mais également les minorités ethniques, les femmes et les enfants.
- Réalisation d'interventions préventives.
- Coordination de soins curatifs et de soins préventifs.
- Coordination de la médecine traditionnelle et de la médecine occidentale.
- Amélioration de la communication et promotion en santé publique.

En 1960, une formation de « praticien communal » était mise en place.

Les générations de ces praticiens communaux ont principalement contribué à la fameuse réussite de programmes nationaux comme la prévention des maladies endémiques, l'amélioration des conditions d'hygiène, la santé maternelle et le développement de soins curatifs de première ligne.

À partir de 1968, la formation médicale a été renforcée.

Certains praticiens communaux ont pu bénéficier d'une formation plus spécialisée et devenir docteurs en médecine.

Comme le pays était encore en période de guerre, le curriculum de formation était plus orienté vers les soins d'urgence et les techniques de soins ambulatoires.

La réunification du pays a eu lieu en 1975. Les structures sanitaires des deux zones ont été intégrées dans un système sanitaire unique géré par l'État.

1.2.4 De 1978 à nos jours

En 1978, sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé, la conférence d'Alma-Ata, ancienne capitale du Kazakhstan, a souligné l'urgence d'une politique de santé visant à protéger et à promouvoir la santé de tous les peuples du monde.

Influencé par les principes des soins de santé primaires de cette Déclaration, l'État a fixé en 1982 les dix caractéristiques spécifiques du système de santé vietnamien : il sera désormais orienté vers les soins de santé primaires.

Ces 10 éléments reprenaient les 8 points de la Déclaration d'Alma-Ata :

1. Une éducation concernant les problèmes de santé.
2. Les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables.
3. La promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles.
4. Un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base.
5. La protection maternelle et infantile y compris la planification familiale.
6. La vaccination contre les grandes maladies infectieuses.
7. La prévention et le contrôle des endémies locales et le traitement des maladies et lésions courantes.
8. La fourniture de médicaments essentiels.

A ces 8 points s'ajoutaient 2 objectifs supplémentaires spécifiques du pays.

1. L'intervention de l'État dans l'organisation des soins de santé.
2. La consolidation du réseau de soins de santé primaires au sein des communes.

Cependant, la stagnation économique des années '80 et la rupture du système communiste international conduisant à la réforme économique de 1986 (*Đổi Mới*) ont imposé une profonde réforme du système sanitaire national, décidée en 1989.

Le secteur sanitaire s'est alors orienté vers un modèle de soins curatifs hospitalo-centrique, phénomène bien démontré également dans d'autres pays en développement. Ainsi, en 1986, environ 80% du budget national de santé étaient consacrés aux soins curatifs, principalement dans les hôpitaux centraux et provinciaux⁵.

La réforme du système sanitaire s'est caractérisée par des mesures radicales :

- Instauration de frais médicaux pour les soins de santé (disparition de la gratuité).
- Légalisation du secteur sanitaire privé.

- Libéralisation de la délivrance des médicaments.
- Privatisation et libéralisation de l'industrie pharmaceutique ^{4,6}.

La libéralisation du secteur sanitaire donnait naissance à de nouveaux services sanitaires privés.

Ces services privés se sont montrés rapidement très actifs, entrant directement en concurrence avec les services publics, surtout dans le domaine des soins ambulatoires.

En conséquence, d'un côté, le système sanitaire s'est tourné vers une marchandisation ⁷⁻⁹ et, d'un autre côté, le réseau de soins communautaire s'est trouvé orphelin du soutien de l'État ^{4,6,9,10}.

En conséquence de ces changements, les indicateurs sanitaires manifestaient un recul au début des années '90.

La Banque mondiale indiquait le retour de l'épidémie de malaria dans les zones des hauts plateaux du Nord et un important taux de malnutrition ¹¹.

Les programmes d'hygiène et de prévention des épidémies ainsi que les activités locales de soins déclinaient ⁴.

Cependant, au milieu des années '90 les premiers signes positifs apparaissaient au niveau du secteur sanitaire national.

La plupart des indicateurs sanitaires avaient récupéré leur niveau d'avant la période de transition économique.

Cette évolution est attribuée aux améliorations socio-économiques : les revenus augmentaient, la qualité de l'alimentation était plus grande, les dépenses de santé étaient plus importantes, la croissance du PIB était rapide ¹¹.

Au terme de cette suite d'évolutions politiques, c'est le système des postes de soins primaires qui se trouvait face à des difficultés sans précédent.

La décentralisation de l'État avait transféré la compétence des soins primaires à la commune.

Désormais, la commune était responsable des activités du PSP (poste de soins primaires), en termes de ressources humaines, d'infrastructures, de matériels et d'équipements, de réserve des médicaments indispensables, etc.

L'État ne jouait plus qu'un rôle d'expertise et de gestion de certains programmes verticaux.

Le financement complémentaire venant du système coopératif agricole dont bénéficiaient les PSP avait beaucoup perdu de son importance en raison des mauvais résultats économiques de ce secteur. Nous reviendrons sur le contexte spécifique de ce système de soins communautaire dans un chapitre ultérieur.

1.2.5 Orientations politiques actuelles en matière de santé

Avant la période de la réforme économique de 1986 (*Đổi Mới*), le système de santé vietnamien était subventionné par le gouvernement. Toute la population bénéficiait de soins médicaux gratuits.

Le réseau de PSP était entretenu par des ressources provenant de coopératives agricoles communales qui aidaient à payer le personnel médical, à acquérir les médicaments et à équiper les PSP.

Pendant les dernières années de la décennie '80 le système de santé avait été confronté à d'importantes difficultés en raison de l'embargo américain, de la crise économique et de la réforme économique.

Ces éléments avaient également touché les coopératives agricoles qui, économiquement, n'étaient plus performantes.

En conséquence, les communes n'avaient plus de ressources pour financer leur PSP et le système s'était donc effondré en de nombreux endroits.

Les hôpitaux n'étaient pas à l'abri de ces difficultés : les hôpitaux de district, notamment, étaient gravement touchés.

Au cours de la période de réforme économique (*Đổi Mới*), qui s'est déroulée à partir de la fin des années '80, une série de mesures politiques avaient été introduites au sein d'une nouvelle stratégie générale : « *Le gouvernement et le peuple travaillent ensemble* ».

On peut en lister les principales orientations ci-dessous :

- La tarification partielle des frais des services médicaux, mise en vigueur en 1989, conformément à la décision 45-HĐBT, signée le 24/04/1989, du Conseil des Ministres. Cette mesure avait été modifiée et complétée par le décret gouvernemental 95-CP, signé le 27/08/1994 et par le décret gouvernemental 33-CP, signé le 23/05/1995.
- La légalisation de la pratique médicale du secteur privé, mise en vigueur au début de 1989 par la décision ministérielle 94/BYT/QĐ, signée le 03/08/1989, du Ministère de la Santé. Et l'ordonnance de la pratique

médicale du secteur privé, délivrée par l'arrêté du Président 26/L/CTCP, signée le 13/10/1993.

- La mise en place de l'assurance maladie universelle, mise en vigueur par le décret 299/HĐBT, signé le 15/08/1992, du Conseil des Ministres.
- Le renforcement du réseau de soins primaires, par la décision 58-QĐ/TTg, signée le 02/03/1994, par la décision 131-QĐ/TTg, signée le 03/04/1995, du Premier ministre; par le décret gouvernemental 01/1998/NĐCP signé le 01/03/1998 ; et par la décision directive 06-CT/TW, signée le 22/01/2002, du Comité central du Parti communiste.
- La réduction et l'exemption des frais médicaux pour ceux qui ont rendu un service méritoire à la nation, pour les pauvres et les habitants des régions précarisées, mis en vigueur par le Décret gouvernemental 95/CP, signé le 27/07/1994.
- L'ouverture à des investissements privés dans le système de santé (mobilisation de ressources privées afin de moderniser le système de santé et de financer des dépenses liées aux soins médicaux, notamment en termes de matériel lourd intra-hospitalier), mise en vigueur par le Décret gouvernemental 05/2005/NQCP (signé le 18/04/2005) et 43/2006/NĐCP (signé le 25/04/2006).

De plus, diverses mesures supplémentaires étaient mises en application en 1994, 1998 et 2002 afin de consolider la médecine préventive et la ligne de soins primaires.

Depuis lors, plusieurs résultats concrets étaient enregistrés suite aux applications de ces mesures :

- la modernisation des PSP et des hôpitaux régionaux,
- la construction des établissements spécialisés en prévention au niveau de la région et de l'arrondissement,
- des incitants en faveur des professionnels acceptant de travailler dans les zones défavorisées,
- des primes supplémentaires pour les fonctionnaires médicaux des villages,
- la facilitation de la formation médicale continue pour le personnel travaillant dans les zones défavorisées des zones montagneuses et du Delta du Mékong.

Dans un contexte social en permanente et rapide évolution, chaque mesure politique doit faire l'objet de modifications et d'adaptations.

Le Comité central du Parti communiste reconnaissait dans sa Résolution 46 que «*Certaines mesures en santé ne sont plus appropriées, par manque de révision, par manque d'adaptation*».

Pourtant, le chemin vers un système de santé efficace et équitable reste toujours la finalité des réformes des politiques sanitaires au Vietnam.

En résumé, au cours des 20 dernières années, de nombreuses mesures politiques et des décisions gouvernementales ont été mises en vigueur.

Ces interventions visaient à répondre aux exigences de la réforme du secteur de la santé.

1.3 Organisation et gestion du système de santé actuel

L'objectif de ce chapitre est de présenter une vue générale de l'organisation du système de santé et l'état de quelques indicateurs sanitaires.

Au fil du texte, nous présenterons les défis et les problématiques auxquels le gouvernement est confronté actuellement, dans le domaine de la santé.

1.3.1 Organisation administrative du système de santé

Le système de santé est organisé en quatre niveaux technico-administratifs (Figure 1). Le réseau de postes de soins primaires est étendu et couvre presque tout le territoire. Pour rappel, ces derniers ont systématiquement été établis très tôt, dès les premières années après la révolution qui ont été marquées par une volonté politique de développer les soins de santé primaires.

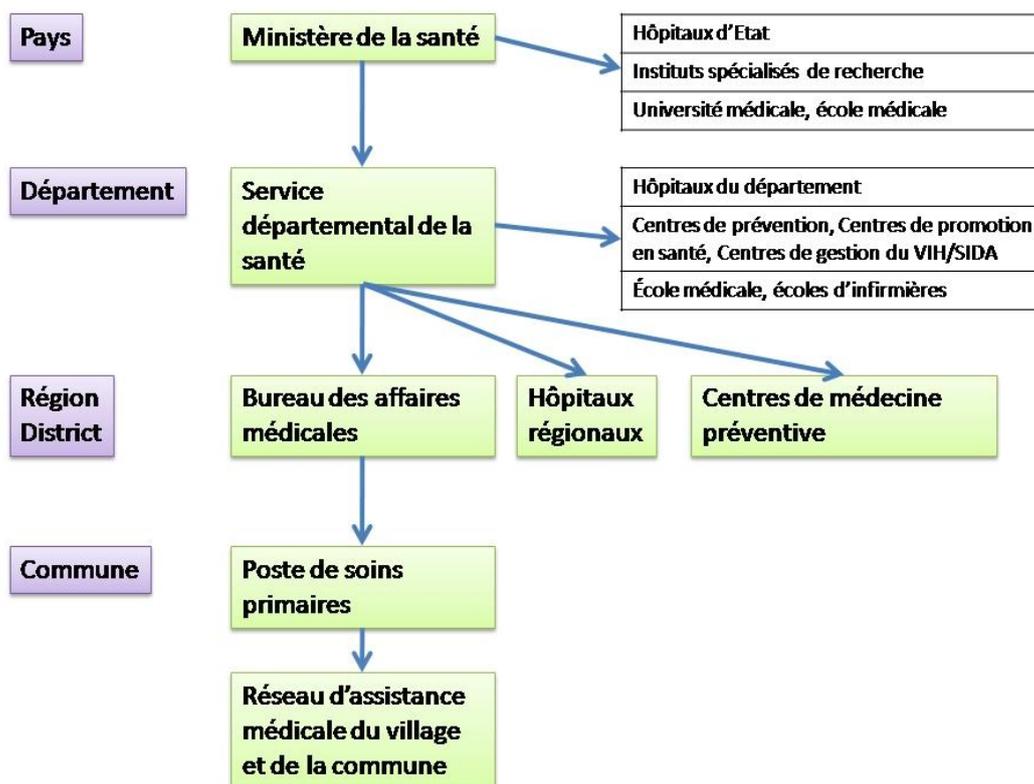


Figure 1. Système de santé du Vietnam organisé par niveaux géographiques

1.3.1.1 Niveau national

Le ministère de la Santé qui comprend le cabinet et les départements ministériels est l'agence gouvernementale qui s'occupe de la gestion centrale des affaires en santé de l'État.

Il a dans ses compétences la prévention et la promotion en santé, les soins curatifs, la réadaptation, la médecine traditionnelle (médecine orientale), la gestion des médicaments et la gestion administrative des établissements publics parmi lesquels se trouvent certains hôpitaux d'État, les instituts spécialisés académiques et de recherche, les universités et les facultés de médecine.

1.3.1.2 Niveau départemental (de la ville ou de la province)

Le service départemental de santé est sous la direction administrative du Comité Populaire de la province ou de la ville en termes de gestion des activités, de budget et de cadre réglementaire des affaires locales.

Toutefois, en termes de conseils techniques, d'accompagnement et d'évaluation en matière professionnelle, le service départemental de santé est sous la direction du ministère de la Santé.

Le travail du service départemental de santé est d'informer et de conseiller le Comité Populaire sur la gestion de la santé de la population locale.

Son corps opérationnel est constitué des bureaux techniques du service, des établissements de santé directement dépendant de la ville ou de la province où se trouvent des hôpitaux et des centres spécialisés, des centres de médecine préventive, des écoles d'infirmières, etc.

1.3.1.3 Niveau régional (de l'arrondissement)

Le service de santé régional est sous la direction administrative du Comité Populaire de la région. Ce service est sous la gestion technique et d'accompagnement du service de santé de la ville ou de la province.

Avec le Décret gouvernemental 172/2004/NĐCP (signé le 29/09/2004), l'ancien établissement sanitaire régional a été divisé en deux structures fonctionnelles : l'hôpital de région qui s'occupe de soins curatifs et le centre régional de médecine préventive.

1.3.1.4 Niveau communal (de la commune ou du quartier)

Le centre de santé de la commune, autrement connu comme le poste de soins primaires, est le premier point de contact officiel des soins de santé du système sanitaire national avec la population.

Le PSP est censé fournir les soins primaires curatifs et préventifs, dépister les épidémies, soigner certaines pathologies à impact social (la tuberculose, la démence, l'épilepsie, etc.), gérer les programmes nationaux de santé (contrôle du taux de naissances, de malnutrition, de vaccination, etc.) et promouvoir la santé dans la commune.

Le PSP peut bénéficier d'un équipement lourd en fonction de la demande locale. Dans ce cas, pour 3 à 4 communes voisines, un PSP d'une commune détient la place de policlinique de référence, où il y a des équipements plus sophistiqués (laboratoires, examens paracliniques, etc.), des prestataires spécialistes (dentiste, chirurgien, etc.) desservant les besoins des PSP voisins.

Ces structures jouent un rôle de référence technique pour la population des alentours. En 2001, pour tout le Vietnam, il y avait 1108 policliniques de ce type ⁴.

Le PSP a la responsabilité d'informer le Comité Populaire communal dans sa gestion des affaires sanitaires de la commune. Périodiquement, le PSP reçoit le soutien technique, les matériaux sanitaires et l'avis d'un expert de l'hôpital.

Cependant, depuis l'application du Décret gouvernemental 172/2004/NĐCP, ce soutien a été réduit car la gestion des PSP est désormais de la compétence du centre

régional de médecine préventive et donc les PSP sont techniquement hors du champ d'action de la compétence de l'hôpital.

1.3.2 Offres de soins médicaux.

La fonction du système de santé est de répondre aux besoins en santé de la population. Ce rôle est certes d'abord assuré par les diverses structures médicales, mais il est nécessaire de tenir compte également du secteur privé et des différents niveaux de soins : soins curatifs et préventifs.

1.3.2.1 Système de soins curatifs

Selon la statistique annuelle du ministère de la Santé, en 2008 il y avait 774 hôpitaux généraux et 236 hôpitaux spécialisés.

Parmi eux, 44 établissements de soins curatifs étaient directement sous la gestion du ministère de la Santé.

Comme le système de santé est organisé par niveau géographique, chaque département possède un grand hôpital de référence, qu'il soit général ou spécialisé.

Descendant au niveau de la région, pratiquement toutes celles-ci ont un hôpital régional.

Parfois, en fonction des besoins locaux, certaines régions peuvent avoir des polycliniques, des maisons de maternité, etc.

Les soins de santé de première ligne sont organisés au niveau des communes avec le réseau de postes de soins primaires étendu. Sur les 10.866 communes que compte actuellement le pays, les PSP sont fonctionnels dans 98,6% de ces communes.

À partir de ces structures, des agents de santé délivrent des services de soins à la population au sein des villages qui constituent la commune. 86,8% des villages du Vietnam sont couverts par ce réseau des agents de santé ⁷. Il s'agit de prestataires bénévoles qui ont bénéficié d'une formation courte ciblée sur les soins élémentaires et l'hygiène.

Selon les données statistiques du ministère de la Santé en 2010, le nombre de lits hospitaliers n'a cessé d'augmenter pendant les 10 dernières années.

Si, en 2002, le nombre de lits par 10.000 habitants était autour de 17, ce chiffre a atteint 20,5 lits par 10.000 habitants en 2010.

Cet indicateur a dépassé l'objectif fixé par l'Assemblée nationale vietnamienne.

En comparant cet indicateur avec celui des pays à faible revenu et des pays à revenu modéré, le Vietnam était au-dessus de la moyenne des pays à faible revenu (12 lits/10.000 habitants) et des pays à revenu modéré (16 lits/10.000 habitants).

Ce chiffre est supérieur à celui de l'Indonésie (6 lits/10.000 habitants), des Philippines (13 lits/10.000 habitants), de la Malaisie (18 lits/10.000 habitants), mais légèrement inférieur à celui de la Thaïlande (22 lits/10.000 habitants) et de la Chine (22 lits/10.000 habitants) ¹².

Par contre, le nombre de lits privés était seulement de 0,9 pour 10.000 habitants ¹³, ce qui est loin de l'objectif fixé à 2,5 lits privés par l'Assemblée nationale.

En 2011, le nombre total de lits d'hospitalisation était de 187.998, soit 18.520 lits supplémentaires par rapport à 2009 ².

Le secteur privé continue à se développer et à contribuer aux prestations de soins en santé à tous les niveaux.

Selon les rapports du bureau des affaires médicales du ministère de la Santé ¹⁴, en 2009, il y avait plus de 30.000 établissements privés, dont plus de 100 hôpitaux privés qui comptent 6.000 lits (soit 3,6% des lits hospitaliers du pays), 300 policliniques régionales, 87 maternités. Les autres structures étant les cabinets de médecins généralistes et spécialistes ¹⁴.

1.3.2.2 Médecine traditionnelle

L'État fournit un important soutien au développement de la médecine traditionnelle et à son intégration dans le système de soins curatifs.

En 2009, le pays comptait 58 hôpitaux spécialisés en médecine traditionnelle.

Par ailleurs, sous la direction de l'État, 75,4% des hôpitaux départementaux et 38,3% des hôpitaux régionaux abritent un service de médecine traditionnelle.

Au niveau des communes, des plantes médicinales sont cultivées dans les locaux de 79,3% des PSP et 76,2% des PSP délivrent des soins relevant de la médecine traditionnelle. Il faut compter également 10.873 praticiens actifs en médecine traditionnelle qui fonctionnent essentiellement dans le secteur privé ¹⁴.

1.3.2.3 Réadaptation et santé mentale

Par rapport aux autres pays, les années de guerre ont laissé au Vietnam un grand nombre d'anciens combattants handicapés, pour lesquels les besoins en soins de réadaptation et infirmiers restent importants.

En 2008, le secteur public comptait 35 hôpitaux spécialisés en réadaptation auxquels il faut ajouter 5 autres établissements qui fonctionnent dans le secteur privé.

Récemment, le secteur de la réadaptation a bénéficié de mesures politiques débloquent de nouvelles ressources ¹⁵.

La santé mentale est un domaine placé sous la compétence et la responsabilité de l'État.

Il existe des programmes nationaux ciblés sur la santé mentale qui fonctionnent avec des ressources propres et spécifiques. Le but est de mettre en œuvre un système de soins dédiés à la santé mentale, gratuits, dispensés au sein des PSP et à proximité du lieu d'habitation du patient.

Dans le domaine de la santé mentale, ce sont donc les équipes de soins primaires qui ont en charge les soins globaux et continus : dépistage, suivi des soins curatifs, accompagnement et intégration des patients souffrant de problèmes de santé mentale (comme la schizophrénie, la dépression et aussi l'épilepsie).

Bénéficiant de ces programmes ciblés, en 2008, il y avait 174.898 patients schizophrènes pris en charge dans leur commune ¹⁵.

1.3.2.4 Prévention et sensibilisation en santé

Le système de soins préventifs s'étend du niveau national jusqu'au niveau local.

En ce domaine, rien qu'au niveau départemental (ville ou province), on peut déjà citer 11 instituts de recherche spécialisés dans la prévention, 63 centres de santé préventive, 60 centres spécialisés dans la gestion du SIDA, 23 centres de contrôle des maladies à déclarer et encore des postes de contrôle vétérinaire.

Au niveau de la commune, ce système s'appuie sur le réseau des PSP en place. L'équipe de PSP est impliquée dans les activités de prévention au travers des programmes nationaux comme la vaccination, le contrôle de la fièvre hémorragique, de la malaria, etc. Il faut compter aussi les soignants communaux bénévoles qui travaillent à temps partiel au sein de leur commune, dans le domaine de la prévention ¹⁵.

Avec ce système structuré et étendu, la couverture des programmes nationaux de prévention est très favorable.

Le taux de couverture atteint plus de 90% pour les programmes contre la malnutrition infantile, la malaria, la tuberculose, la lèpre, la dengue, l'hygiène alimentaire, etc. ¹⁵. Quelques résultats seront présentés dans la section suivante.

1.3.3 Indicateurs sanitaires du pays

En parallèle avec la croissance économique favorable durant ces dernières années, le secteur sanitaire du Vietnam a obtenu de très bons résultats mesurés au travers des indicateurs sanitaires.

Plusieurs indicateurs ont connu des améliorations significatives comme : l'espérance de vie à la naissance ², le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, le taux de mortalité maternelle et le taux de malnutrition.

Pourtant, le Vietnam est confronté à plusieurs défis sanitaires pouvant affecter la réalisation des objectifs sanitaires nationaux comme :

- La crise économique mondiale touchant le Vietnam ces dernières années,
- Le changement climatique accéléré menaçant les deux grands deltas agro-industriels par l'augmentation du niveau de la mer (Delta du Mékong au Sud, đồng bằng sông Cửu Long, et du Fleuve Rouge au Nord, Đồng bằng sông Hồng)
- Le vieillissement de la population avec le changement de type de pathologies où les maladies non transmissibles détiennent une place de plus en plus importante
- L'utilisation inappropriée des lignes de soins entraînant la surcharge des hôpitaux
- L'instabilité du fond national de l'assurance maladie.

La partie suivante propose un aperçu horizontal des quelques indicateurs sanitaires du Vietnam.

1.3.3.1 Causes de morbidité et de mortalité

Tableau 1. Réalisation des objectifs nationaux de santé 2010

Indicateurs	Objectif pour 2010	Valeur estimée en 2010
1. Réduction du taux de fertilité (‰)	0,2	0,3
2. Taux brut de natalité (‰)	17,6	17,1
3. Taux de croissance de la population (%)	1,14	1,05
4. Espérance de vie à la naissance (années)	72	73
5. Mortalité maternelle (par 100.000 naissances vivantes)	70	68
6. Mortalité infantile (‰)	<25	<16
7. Mortalité infantile de moins de 5 ans (‰)	<32	25
8. Taux de malnutrition chez moins de 5 ans (%)	<20	18

Le Vietnam est en pleine période de transition épidémiologique.

Pourtant, au Vietnam, les maladies transmissibles et la malnutrition restent encore des préoccupations majeures ; de plus, la place des accidents, des traumatismes et des intoxications devient de plus en plus grande (Figure 2) ¹².

Ainsi, selon des données hospitalières, les maladies transmissibles étaient responsables de 22,9% des hospitalisations en 2009². Ce ratio est en forte diminution si on le compare avec celui de 1976 où il était d'environ 55,5%.

Les maladies non transmissibles sont, par contre, en augmentation rapide : de 42,6% des admissions en 1976 à 66,3% en 2009 ².

Pour ce qui est des maladies qui tendent à diminuer, pendant la période 2000-2010, et bien qu'elles restent une préoccupation majeure, le Vietnam a connu une diminution importante des maladies transmissibles, en particulier les pathologies pour lesquelles on dispose d'un vaccin : la diphtérie, la coqueluche (93,1% de réduction), l'encéphalite, la fièvre typhoïde (11,7% de réduction), la dysenterie (44,1% de réduction) et la méningite (diminution considérable par rapport à la période 1990-1999) ².

Parmi les maladies en augmentation au cours des dernières années, figurent la varicelle et les oreillons, surtout dans la région du Nord.

La varicelle a augmenté d'un facteur 2,3 pendant la période 2000-2010 par rapport à la période 1990-1999. Pendant les 4 dernières années, la croissance du nombre de cas d'oreillons est restée en constante augmentation.

Il est important de souligner que ces deux pathologies ne sont pas encore incluses dans le programme de vaccination universelle proposé par l'État ².

Par ailleurs, la pollution, les mouvements migratoires favorisés par l'accroissement des échanges économique-sociaux entre régions (la « mobilisation inter-régionale »), la surcharge des services urbains qui doivent répondre au flux migratoire, la mauvaise hygiène des populations précarisées, l'accroissement des habitudes à risque pour la santé, etc., ont un impact sur la propagation des maladies transmissibles.

L'épidémie de la maladie « pieds-mains-bouche », l'endémie de fièvre hémorragique, surtout observées dans le Sud du pays ces dernières années, témoignent du risque de retour en masse des maladies transmissibles si la vigilance baisse ².

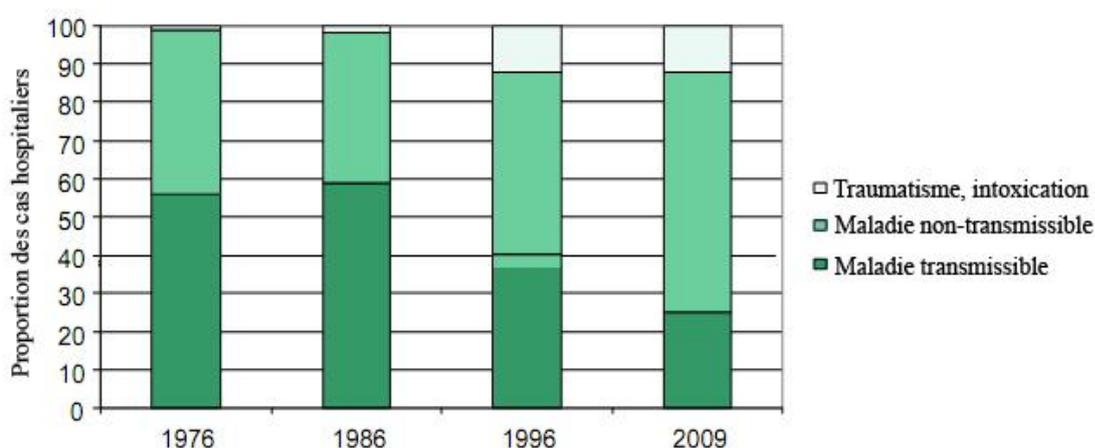


Figure 2. Répartition du type de pathologies des cas hospitalisés pendant la période 1976-2009¹²

1.3.3.2 Charge globale de morbidité

La charge globale de morbidité est estimée à travers l'indice DALY (*Disability-Adjusted Life Years*) traduit en français par «*Années de Vie Ajustées sur l'Incapacité*» (AVAI).

Cet indicateur qui intègre les notions de mortalité et de morbidité permet d'estimer le nombre d'années de vie en bonne santé perdues à cause d'une incapacité ou d'un décès prématuré.

D'après une étude de 2008 ¹⁶, la charge globale de morbidité au Vietnam était de 12,3 millions de DALYs, dont 56% concernent les hommes. 56% de la charge totale a pour origine des décès prématurés (respectivement de 60% pour les hommes et 50% pour les femmes).

Les maladies non transmissibles représentaient 66% de la charge globale de morbidité chez les hommes et 77% chez les femmes.

Chez les hommes, les trois premières causes de la charge globale de morbidité étaient les accidents non intentionnels (18%), les maladies cardio-vasculaires (17%) et les maladies mentales (14%) alors que chez les femmes, ce sont les maladies mentales (22%), les maladies cardio-vasculaires (18%) et le cancer (12%) qui sont les causes principales.

1.3.3.3 Charge annuelle globale en termes de mortalité

Nous pouvons lister les premières causes de décès prématurés grâce à cette même étude de 2008 : les maladies cardiovasculaires (27%), les cancers (22%) et les accidents non intentionnels (14%).

Chez les hommes, les accidents vasculaires cérébraux (14%), les cancers du foie (7%) étaient les deux causes principales de décès. Les accidents vasculaires cérébraux (17%), les accidents de la route (4%) et les pneumonies (4%) étaient les 3 causes principales chez les femmes ².

1.3.3.4 Charge annuelle globale en termes d'incapacité

La charge globale en termes d'incapacité est évaluée à travers l'indice YLD (*Years Lived with Disability*).

Au Vietnam, cet indice était de 2,7 millions d'YLD en 2008 ².

Les maladies mentales (37%), les accidents non intentionnels (14%) et les incapacités sensorielles (9%) étaient les trois causes principales de la charge globale d'incapacité.

Chez les hommes, les troubles liés à l'alcoolisme (14%), la dépression (11%) et les accidents de la route (8%) étaient les premières causes d'incapacité alors que chez les femmes, la dépression (29%), l'incapacité visuelle (10%) et les maladies de l'appareil locomoteur (9%) étaient les premières causes.

Les dix premières causes étaient responsables de 29% des incapacités chez les hommes et 19% chez les femmes ².

1.3.3.5 Espérance de vie

L'espérance de vie à la naissance au Vietnam a augmenté de manière spectaculaire au cours des dernières années.

D'après l'enquête nationale de la Population et du Logement, au 1er Avril 2009, l'espérance de vie à la naissance atteignait 72,8 ans en moyenne : celle de la femme est de 75,6 ans et celle de l'homme de 70,2 ans.

Ce résultat dépasse l'objectif fixé pour 2010 (Tableau 1). En comparant avec les autres pays de même niveau de PIB par habitant, le Vietnam se positionne très favorablement.

1.3.3.6 Taux de mortalité maternelle

Le Vietnam a obtenu de bons résultats avec les soins de santé maternelle : le taux de mortalité maternelle a été réduit de près des deux tiers en 20 ans.

Si en 1990, le taux était de 233/100.000 naissances vivantes, cet indicateur était désormais de 68/100.000 naissances vivantes en 2010 ².

Ce progrès est attribué à la réussite de la stratégie générale qui assure une bonne accessibilité aux soins en santé à toutes les femmes enceintes.

Cependant, le rythme de réduction s'est ralenti pendant la période 2006-2010.

En conséquence, pour atteindre l'objectif national à l'horizon 2015 (où le taux devrait être de 58,3/100.000 naissances vivantes), le Vietnam devra produire des efforts supplémentaires et montrer un appui politique clair dans ce domaine de la santé.

1.3.3.7 Mortalité infantile (enfants de moins de 1 an)

Pendant la période 1990-2009, le taux de mortalité infantile s'est réduit de 44,4⁰/00 à 16⁰/00.

Depuis 2009, cet indicateur s'est maintenu à un même niveau. Le taux de mortalité infantile s'est amélioré dans toutes les régions ; cependant le rythme de réduction s'est montré très différent selon les régions.

La zone Nord-Ouest et les hauts plateaux du Centre ont connu un taux de mortalité infantile plus élevé : les progrès y sont plus lents que ceux du reste du pays.

1.3.3.8 Mortalité des enfants de moins de 5 ans

Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a été réduit de moitié en 20 ans. La valeur est passée de 58⁰/00 en 1990 à 24,5⁰/00 en 2009. La valeur de cet indicateur dépasse l'objectif poursuivi dans le plan « *Stratégie des soins et de la protection en santé de la population, 2001-2010* » (Tableau 1). La réduction se poursuit pour atteindre l'objectif de 19,3⁰/00 en 2015².

En comparant avec les autres pays, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans au Vietnam est similaire à celui des pays ayant un PIB par habitant trois fois plus important que celui du Vietnam. Le rythme de réduction de la mortalité infanto-juvénile est meilleur que la moyenne de la région Pacifique-Occidentale ².

En termes de causes de décès, les accidents sont responsables de près de 75% des décès d'enfants de plus d'un an : la noyade et l'accident de la route sont les deux causes principales.

1.3.3.9 Taux de malnutrition des enfants de moins de 5 ans

Pour l'insuffisance pondérale, le chiffre s'est nettement amélioré, atteignant quasiment 18% en 2010. D'après l'Institut National de Nutrition, ce taux a diminué régulièrement chaque année, passant de 25,2% en 2005 à 18,9% en 2009.

Dans ce domaine, l'objectif 2010 qui était fixé au-dessous de 20% est atteint (Tableau1).

Cependant, ce progrès n'est pas identique partout. Dans les Hauts plateaux du Centre et les zones du Nord-Ouest, la malnutrition reste encore un problème majeur¹⁷.

Actuellement, le Vietnam connaît un phénomène nouveau dans les zones urbaines et les régions économiquement plus développées.

C'est le problème de l'obésité ou du surpoids chez les enfants et les adultes. Cette question demande une approche différente de celle de la malnutrition et le Vietnam devra se préparer à y faire face dans les années futures.

1.4 Les défis sanitaires auxquels le système de santé doit faire face

Le système de santé a connu une longue histoire, faite de difficultés et aussi de résultats encourageants engrangés ces récentes années. Pourtant de nouveaux défis se profilent :

- Les besoins et les demandes de soins en santé de la population se modifient.

Ils demandent une nouvelle approche plus adaptée : l'augmentation du poids des maladies non transmissibles, des traumatismes ainsi que le retour endémique de certaines pathologies infectieuses demandent une réaction du système de santé.

- Les facteurs de risque en santé constituent une des préoccupations importantes du système de santé.

La société doit consacrer plus d'attention à la prévention et à la gestion de nombreux facteurs de risque comme ceux liés à l'environnement, au travail, à la sécurité alimentaire, à la sécurité routière, à l'hygiène, etc.

- La qualité du service médical devient la première attente de la population.

Cette demande est bien intégrée par le monde politique qui a inscrit l'amélioration de la qualité des services en santé dans ses objectifs prioritaires.

Les gens réclament des soins de santé de qualité, plus personnalisés, plus accessibles et économiquement plus abordables.

Les services médicaux publics doivent répondre à ces attentes, dans un contexte concurrentiel vis-à-vis des opérateurs privés.

- La gestion nationale des ressources en santé doit prendre en compte le déplacement phénoménal des ressources médicales et des compétences professionnelles vers les lieux favorisés comme les grandes villes, les grands établissements spécialisés et les services médicaux privés.
- Sont en jeu la répartition géographique équitable des soins et le maintien d'une accessibilité optimale à des prestations de qualité pour tous.
- La hausse du prix des soins de santé menace une partie de la population défavorisée ou en situation de précarité.

La proportion des dépenses en santé qui sont à la charge des patients reste très importante.

L'élargissement de la population concernée par la couverture médicale universelle constitue un objectif majeur pour les années à venir.

Après 20 ans de programme de l'assurance universelle, loin d'être favorable, le taux de couverture médicale universelle était de 60% de la population d'après la statistique nationale en 2010 ².

- La surcharge de travail que rencontrent les hôpitaux urbains, surtout à Hanoï et Hô Chí Minh-ville, est causée par le contournement permanent des lignes de soins au sein du système de santé.

On y observe, par ailleurs, un afflux massif de patients, issus des provinces avoisinantes, pour des recours médicaux.

Certains hôpitaux décentralisés sont ainsi désertés par les patients et donc en perte progressive de compétence.

Ces phénomènes provoquent une répartition inégale des ressources médicales entre les différentes régions du pays.

- La distribution inégale des dépenses de l'assurance maladie est un problème que la caisse d'assurance doit affronter.

Sur le terrain, il s'avère que les principales dépenses couvertes par l'assurance concernent les populations les plus aisées, vivant en zone urbaine couverte par des structures hospitalières.

Par ailleurs, la majorité de ces dépenses médicales porte sur des soins techniques sophistiqués au bénéfice d'une population réduite.

Il est interpellant de constater que les soins préventifs qui profitent à l'ensemble de la population ne sont pas intégrés dans la couverture de l'assurance universelle.

- Le désengagement financier de l'État dans le secteur sanitaire a eu des effets divers.

L'ouverture du système de santé aux initiatives privées a eu un important effet d'appel aux investissements privés.

Ce phénomène a fait verser les établissements sanitaires publics dans une logique lucrative dont les dérives sont nombreuses.

1.5 Rôle des soins de santé primaires dans le système sanitaire

1.5.1 Faiblesse du système de soins de santé primaires.

D'après le rapport annuel en 2008 de l'Organisation Mondiale de la Santé « *les soins primaires réunissent promotion et prévention, traitement et soins d'une manière sûre, efficace et socialement productive à l'interface entre la population et le système de santé* ».

La valeur des soins de santé primaires est essentielle dans un système de santé fort et les preuves de sa contribution sont abondantes dans la littérature médicale.

Malheureusement, ce rapport constate également que certains enjeux sociaux, économiques et politiques engendrent une tendance à négliger la valeur des soins de santé primaires ¹⁸.

L'objectif de ce chapitre est de mieux comprendre les enjeux actuels des PSP et de tenter de trouver une solution aux nombreux défis auxquels le système de santé devra faire face dans l'avenir.

1.5.2 Histoire contemporaine des postes de soins de santé

Bien que l'histoire contemporaine ait déjà été évoquée précédemment, il nous paraît intéressant d'y revenir brièvement.

Pour rappel, très tôt après la révolution de 1945, le gouvernement a accordé une attention particulière au développement d'un réseau de soins communautaires qui était la première version du modèle de PSP actuel et au moment de l'apogée de ce réseau, 98,6% des communes se trouvaient couvertes en termes de soins de santé primaires ¹⁵.

Pendant de nombreuses années et malgré les difficultés de la guerre, le réseau des PSP a assumé la dispensation de soins à la fois curatifs et préventifs de proximité de la population ¹⁹. Après avoir été le moteur de l'amélioration du niveau sanitaire de la population (espérance de vie plus élevée et taux de mortalité infantile plus bas que les autres pays à faible revenu en 1980 ²⁰), ils ont souffert des réformes économiques et sanitaires.

L'effondrement du système des coopératives agricoles communales a causé la rupture économique et organisationnelle de la fonction du PSP au sein des communes desservies. Le réseau de PSP s'en est trouvé fragilisé et en situation budgétaire précaire. Dans le même temps, l'État octroyait aux hôpitaux la majorité des ressources financières pour dispenser les soins curatifs ¹⁰.

Sans investissement (en équipements, en médicaments, en ressources humaines), sans attention appropriée de la commune, les membres du personnel et parmi eux ceux qui avaient le plus d'expérience, ont fui les PSP. La baisse en personnel a affiché un record très préoccupant : en 2010, moins de 70% des PSP avaient au moins un médecin en poste, moins de 94% une sage-femme compétente, moins de 87% un agent communautaire actif.

De moins en moins de gens utilisaient les services médicaux des PSP à cause de leur mauvaise qualité ⁴.

D'après l'enquête nationale de 2002, les PSP s'occupaient en moyenne de 8 à 12 patients par jour. Chaque PSP réalisait, mensuellement, 98 contacts à domicile, 307 contacts au cabinet et 15 transferts aux établissements de soins spécialisés ⁴. Ce genre d'activité était encore plus limité chez leurs homologues urbains.

À titre d'exemple, le nombre de visites médicales au PSP était généralement de l'ordre de 2 à 3 patients par jour ⁴. Le phénomène est expliqué par la présence dense de structures médicales spécialisées comme les polycliniques et les hôpitaux dans ces zones urbaines.

En 2008, après plusieurs années de paix, seulement 55% des PSP atteignaient encore le standard national ^{2,7}.

Les projets destinés à renforcer le système de soins primaires sont quasiment tous financés par les ONG et autres organisations internationales.

L'absence d'approche globale et pertinente et la fragmentation des projets internationaux risquent de remettre en question la motivation locale, l'efficacité, la longévité et la continuité de ces projets. Le risque est que les activités ne s'arrêtent lorsque les ressources internationales se retireront.

Étant très conscient de la situation dégradée du réseau de PSP, le gouvernement a entamé un plan stratégique prévoyant d'attribuer un médecin à chaque centre de santé d'ici 2020 afin d'y offrir des soins curatifs globaux individualisés et de qualité.

Voici les grands axes d'intervention :

- Réorganiser le système de santé, plus spécifiquement, en renforçant le réseau de soins local.
- Dédier une politique d'investissements appropriés et de budget pour maintenir le fonctionnement et le développement du système de santé. Pour ce faire, l'État doit augmenter le budget réservé à la santé.
- Élaborer un cadre préférentiel pour le personnel de santé local.

Ces mesures ne seront pas suffisantes si le PSP ne trouve pas son identité dans le système de santé national.

Idéalement les PSP devraient être le partenaire complémentaire des polycliniques et hôpitaux. Avec les pharmaciens ils pourraient constituer la première ligne de soins dont la mission est de répondre à la majorité des besoins de la population.

1.5.3 Conflits d'intérêt entre les partenaires médicaux

1.5.3.1 Les hôpitaux

Partageant les mêmes ressources de l'État, la même gestion organisationnelle, les hôpitaux se devraient de construire une relation étroite avec leurs homologues PSP afin d'accomplir leur mission dans le système de santé du pays.

Pourtant, cela ne se passe pas ainsi.

Les hôpitaux sont entrés en concurrence directe avec les PSP en matière de soins ambulatoires.

Pour des questions d'intérêt économique, les hôpitaux n'ont pas hésité à étendre leurs tentacules vers le secteur de soins ambulatoires qui n'est normalement pas dans leur champ d'activités.

Rien qu'au cours de ces 10 dernières années, nous avons constaté que les services hospitaliers fournissaient de plus en plus de soins ambulatoires.

Les hôpitaux cherchent à séduire leurs patients par les équipements sophistiqués des laboratoires, par la disponibilité des médicaments à haut prix, par la présence permanente des spécialistes en consultation simple, par le nombre de procédures techniques.

D'autres phénomènes plus discrets se produisent, mais leurs effets sont dévastateurs pour le PSP.

Il s'agit d'interventions radicales de l'hôpital comme l'abaissement des critères d'hospitalisation et le prolongement de la durée d'hospitalisation.

C'est encore la pratique de « l'hospitalisation journalière » : le patient bénéficie de tous les avantages des patients hospitalisés en termes d'examens de laboratoire, de médicaments remboursables par l'assurance tout en n'accaparant pas de lit d'hospitalisation.

L'hôpital a, non seulement, couvert excessivement les demandes de soins ambulatoires mais veut aussi garder ses patients, qui pourraient être soignés correctement par les PSP.

Ce type de transfert des soins de la première ligne vers les hôpitaux a été réalisé pendant des années sans attirer l'attention des responsables de la politique sanitaire.

Malheureusement, ce mouvement a été indirectement officialisé par l'État au travers de différentes mesures politiques.

Parmi ces mesures, nous pouvons citer l'intervention de la caisse d'assurance maladie qui a ordonné l'inscription obligatoire des patients auprès des grands hôpitaux alors que les PSP se trouvaient sans couverture médicale pour leurs patients à cause des exigences administrativement compliquées de l'État.

En 1999, 80% du budget d'État étaient réservés aux activités curatives ¹⁰. La croissance du budget attribué à l'hôpital a toujours été plus importante que celle du PSP pendant les dernières années ²¹.

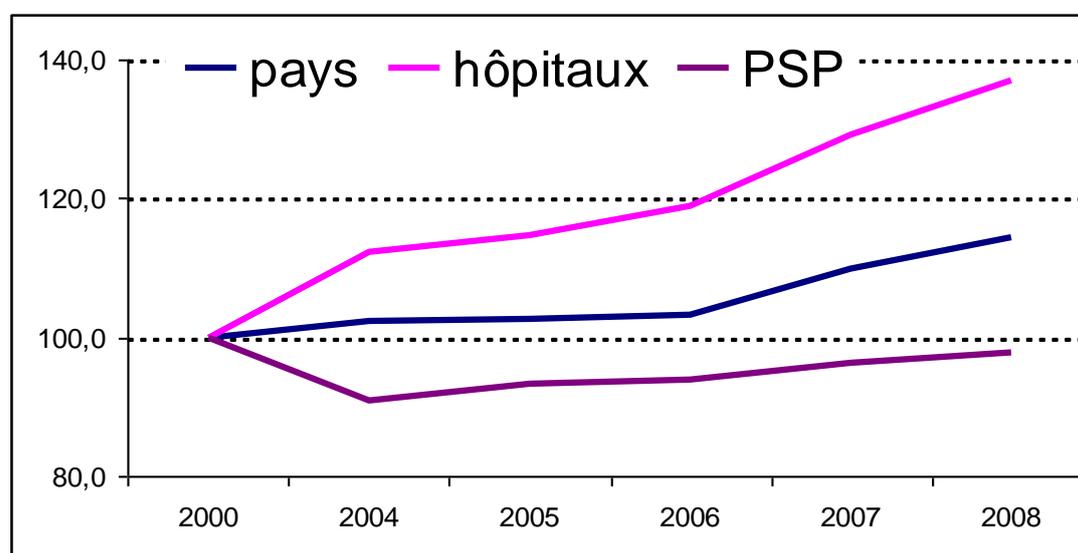


Figure 3. Evolution du rapport relatif du nombre de lits/1000 habitants comparé à celui de 2000

(données synthétisées à partir des données du tableau 276 – page 576²¹)

Sur la figure 3, le nombre de nouveaux lits à l'hôpital est en augmentation constante tandis que le nombre de lits dans les PSP était en baisse jusqu'en 2004.

L'ouverture des nouvelles structures de soins ambulatoires dans les hôpitaux, l'inauguration de nouveaux hôpitaux publics ou privés ont accru la pression sur les ressources humaines en médecine. Une fuite de « matière-grise » des PSP vers les établissements spécialisés a été identifiée comme un des grands problèmes de gestion du système de santé national.

1.5.3.2 Établissements privés

Après la libéralisation du secteur sanitaire privé, les activités privées en santé se sont fort développées.

Rien que dans la période de 1997 à 1999, le nombre de services privés avait doublé (données du registre communal de 44/61 régions et villes) ²²;

La concentration des services privés était 2,5 fois plus importante dans la zone urbaine.

Comparé au système de PSP chargé lourdement par les différentes tâches administratives, le secteur privé s'avère être plus actif.

Son champ d'activité principal est la fourniture de soins médicaux ambulatoires ^{6,23}. Il est alors en concurrence directe avec les PSP.

Par des avantages économiques, il attire les personnes expérimentées, il adopte des équipements modernes, il concentre ses services pour une population très riche qui souffre majoritairement de maladies légères et qui peut lui apporter des revenus importants.

La qualité des soins fournis par le secteur privé n'est pas strictement contrôlée par l'État. Parfois, elle est très médiocre et même nocive par l'abus d'explorations inappropriées.

Une étude dans le milieu rural a relevé que 11% des personnes employées dans le secteur privé n'avait pas la formation médicale adéquate. Pourtant, au regard du patient, la perception de la qualité de soins est en faveur du secteur privé ²⁴.

1.5.3.3 Les pharmacies

La libéralisation du secteur pharmaceutique et le développement intensif des réseaux de pharmacie ont facilité l'utilisation de médicaments directement délivrés par le pharmacien sans avoir consulté ou obtenu un avis médical.

Cette pratique a été rapidement acceptée par les patients et la population. Le malade peut, en effet, recevoir des médicaments de bonne qualité à proximité de son lieu de vie sans être ruiné par des frais médicaux qui ne sont pas jugés nécessaires.

Le PSP ne possède pas de pharmacie en tant que telle pour la simple raison que la gestion administrative en est complexe et n'apporte pas d'avantages au personnel de l'équipe.

En conséquence, pour l'enquête nationale menée en 1997-1998, le taux de recours à la pharmacie pour les médicaments sans ordonnance était beaucoup plus important que celui des consultations ambulatoires.

1.5.3.4 La population

Au cours des dernières années, avec les progrès économiques, les conditions de vie se sont améliorées.

Il y a une forte demande en soins en santé de qualité et plus personnalisés.

La perception de la qualité des soins de santé est influencée par les références du marché.

Face à cette demande accrue, le système de santé avec sa ligne de soins primaires affaiblie ne peut plus inciter la population à utiliser les services médicaux communaux.

Une proportion importante de PSP ne remplit pas les conditions pour être acceptée dans un contrat de remboursement avec la caisse d'assurance maladie. Les patients doivent s'inscrire auprès des établissements hospitaliers qui ont déjà le statut de 2^{ème} ou de 3^{ème} ligne de soins dans le système de santé.

Le malade est ainsi systématiquement orienté vers ces structures de soins spécialisés tout simplement à cause du problème administratif de son assurance.

C'est la raison pour laquelle, on peut rencontrer souvent à l'hôpital des maladies banales qui pourraient être parfaitement soignées par le système de soins primaires dont le PSP est le représentant officiel.

1.5.3.5 Références

1. Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? WHO Regional Office for Europe 2004.
2. Ministry of Health Vietnam. Joint annual health review 2011 of Vietnam: Strengthening management capacity and reforming health financing to implement the five-year health sector plan 2011–2015. In: Hanoi; 2011:1-220.
3. Mishra D. Vietnam development report 2012 : market economy for a middle-income Vietnam. Vietnam 2011 06/12/2011.
4. Dương HL, Nguyễn HL, Dương ĐT, et al. Report on review of primary health care performance in Vietnam. Hanoi; 2004.
5. Fritzen SA. Fiscal decentralization, disparities and innovation in Viet Nam's Health Sector. In: Litvack J, Rondinelli D, eds. Market reform in Vietnam: building institutions for development. Westport, CT: Quorum Books; 1999.
6. Ha NT, Berman P, Larsen U. Household utilization and expenditure on private and public health services in Vietnam. Health Policy Plan 2002;17:61-70.
7. Ministry of Health Vietnam. Joint annual health review 2008: health financing in Vietnam In. Hanoi; 2008:1-147.
8. Sepehri A, Chernomas R, Akram-Lodhi H. Penalizing patients and rewarding providers: user charges and health care utilization in Vietnam. Health Policy Plan 2005;20:90-9.
9. Witter S. 'Doi moi' and health: the effect of economic reforms on the health system in Vietnam. Int J Health Plann Manage 1996;11:159-72.
10. Fritzen SA. Legacies of primary health care in an age of health sector reform: Vietnam's commune clinics in transition. Soc Sci Med 2007;64:1611-23.
11. World Bank Vietnam. Population, health and nutrition sector review. Washington 1992. 21/9. Report n°: 10289-VN.
12. WHO Statistical Information System (WHOSIS). WHO Statistical Information System (WHOSIS). (Accessed 2010, at <http://www.who.int/whosis/en/>).
13. Ministry of Health Vietnam. Action plan of the health sector to implement Resolution No. 02-NQ/CP, issued according to Minister of Health Decision No.239/KH-BYT. Hanoi - Vietnam; 2011 14/3/2011.
14. Ministry of Health Vietnam. Báo cáo Tổng kết công tác năm 2009 và định hướng trọng tâm công tác 2010 [Medical services review of 2009, orientation for 2010]. Hanoi: Medical Services Administration; 2009.

15. Ministry of Health Vietnam. Joint annual health review 2010 Vietnam's Health System on the Threshold of the Five-year Plan 2011-2015. In. Hanoi; 2010:1-254.
16. Nhung NTT, Long TK, Linh BN, Vos T, Anh ND, Huong NT. Viet Nam Burden of Disease and Injury Study 2008. Ha Noi: MEDICAL PUBLISHING HOUSE; 2011.
17. National Institute of Nutrition, UNICEF. Tình hình dinh dưỡng Việt Nam 2009-2010 [Nutritional status of Vietnam, period 2009-2010]. Hà Nội: NXB Y học; 2010.
18. World Health Organization. Lerberghe Wv. Primary health care : now more than ever. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.
19. Tuan T. Community-based evidence about the health care system in rural Vietnam. Newcastle - Australia: The University of Newcastle; 2004.
20. Nguyễn NN. Health sector development and economic reform in a transitional economy: Vietnam in 1989-1997 [Ph.D. thesis]. Manchester: The university of Manchester; 1997.
21. Tổng cục thống kê [General statistics office-Vietnam]. Health, culture, sport and living standard In: Vietnam STo, ed. Tổng niên giám thống kê [Statistics Textbook of Vietnam]. Hà Nội; 2008.
22. Dung PH. Private health sector growth in Vietnam. In: Vietnam health week. Hanoi- Vietnam; 1999.
23. Dung PH. The political process and the private health sector's role in Vietnam. Int J Health Plann Manage 1996;11:217-30.
24. Tuan T, Dung VT, Neu I, Dibley MJ. Comparative quality of private and public health services in rural Vietnam. Health Policy Plan 2005;20:319-27.

CHAPITRE 2

Objectifs de la thèse

La médecine de famille est une discipline qui a pour vocation de répondre à l'écrasante majorité des besoins en santé de la population.

Il nous paraissait logique d'entamer notre démarche au contact de cette population, plutôt qu'au travers de chiffres et données issus d'institutions de soins existantes.

Nous jugions ainsi important de mener une étude de terrain basée sur les besoins de la société vietnamienne.

Sur base de tous les éléments liés au contexte vietnamien décrit plus haut, il nous paraissait dès lors intéressant d'approfondir l'étude des comportements en santé.

Cette étude devait permettre d'analyser si le développement de la médecine de famille au Vietnam permettrait de répondre aux besoins de la population tout en s'inscrivant dans les orientations et les préoccupations politiques actuelles de l'État vietnamien.

Nous souhaitions partir de la population générale, pour analyser son comportement en santé (ses problèmes de santé, ses recours). Cela nous semblait un moyen original d'analyser le fonctionnement actuel du système sanitaire vietnamien en réponse aux besoins de la population.

Interroger directement la population permettait de contourner les difficultés liées au caractère incomplet des statistiques officielles vietnamiennes, pour avoir une vision plus exhaustive de la situation.

Ainsi avons-nous choisi une étude par questionnaire auprès d'un échantillon de ménages, car cette méthode devait nous permettre de récolter directement les informations concernant les problèmes de santé et les recours en santé de cette population.

Pour inscrire davantage notre étude dans les normes scientifiques internationales en matière de soins primaires, il nous paraissait intéressant de nous inspirer de modèles reconnus, notamment le carré de White, publié à l'origine dans le *New England Journal of Medicine*, ce qui ouvrait la porte à une discussion basée sur des travaux valides et déjà publiés.

Par ailleurs, la collaboration belgo-vietnamienne nous autorisait également à faire une étude similaire en Belgique, permettant une compréhension plus fine et plus détaillée des spécificités vietnamiennes, en comparaison d'un pays où une première ligne de soins basée sur le médecin généraliste est plus ancienne.

Néanmoins, comme le carré de White utilise l'individu comme unité de mesure – il recense le nombre d'individus ayant eu recours au système de santé sur une période donnée – il nous semblait important de recourir également à un autre modèle d'analyse.

C'est pour cette raison qu'une analyse de la consommation de soins nous semblait utile aussi. Cette dernière ne prend alors plus l'individu comme unité de mesure, mais le recours aux soins, ce qui permet alors d'analyser l'ensemble des raisons conduisant à recourir au système de santé.

Si cette étude ne peut évidemment, à elle seule, prétendre changer le contexte sanitaire vietnamien, il nous paraissait nécessaire de procéder à une étude de terrain afin d'avoir des données empiriques promptes à fournir un aperçu des problèmes du système de santé.

La contribution attendue ici visait à alimenter le débat et influencer les décisions de politique sanitaire attendues au Vietnam au sujet de l'organisation de la première ligne de soins.

Cette étude de terrain avait également pour objectif d'identifier les principales plaintes rencontrées au sein de la population.

Cette analyse épidémiologique devait permettre de tirer des conclusions tant en matière de compétences attendues du médecin de famille que de dispositifs de formation qui doivent être mis en place au sein des Universités pour favoriser l'acquisition de ces compétences par les futurs médecins de famille.

Nous espérons ainsi apporter également une modeste contribution au développement universitaire de notre discipline. La médecine de famille est une discipline jeune, au Vietnam comme dans le monde.

Son implantation académique est récente, les recherches appliquées aux soins primaires sont nécessaires et trop peu fréquentes. Le système de santé et sa régulation réclament des productions scientifiques solides pour éclairer les choix des décideurs.

Trop souvent, les médecins de famille font défaut en matière d'exploitations scientifiques des données qu'ils génèrent dans leurs activités de terrain. L'absence d'uniformisation dans la saisie des données est souvent pointée du doigt pour expliquer ces difficultés.

Nous voulions apporter une contribution personnelle dans la recherche d'outils permettant une saisie cohérente des données des futurs médecins de famille du Vietnam.

Le recours à une classification homogène et consensuelle des plaintes et décisions dans le domaine des soins primaires passait par l'usage de la CISP (Classification Internationale des Soins Primaires).

Il nous semblait important de contribuer à son adoption au Vietnam et nous y avons consacré beaucoup d'énergie, en collaboration avec les structures internationales qui promeuvent l'usage de la CISP.

Ces diverses contributions au développement de la médecine familiale au Vietnam sont les éléments constituant la trame de notre travail de thèse, et que nous allons vous restituer à présent.

CHAPITRE 3

Études de terrain

3.1 Méthodes d'enquête et recueil des données

3.1.1 Introduction

A la suite du cadre général que nous avons tracé dans la partie précédente, la question de recherche qui ressortait et qui attirait notre attention était la suivante : « quels sont les plaintes et recours en santé de la population vietnamienne, et en quoi différent-ils de ceux de la population en Belgique ? »

Notre objectif était donc de répertorier les problèmes de santé, ainsi que les recours au système de santé qu'ils avaient entraînés.

Pour ce faire, il nous fallait donc, principalement, évaluer l'incidence mensuelle des problèmes de santé dans la population retenue, savoir à quel(s) professionnel(s) le patient s'était adressé, dans quel lieu et ce qu'il avait obtenu comme réponse.

Pour comparer les données des deux pays, nous avons sélectionné nos échantillons de population dans des communes rurales et urbaines de chaque pays.

L'analyse des données socio-démographiques nous permettra d'apprécier l'importance du biais de sélection, de voir s'il existait des spécificités selon le type de communes concernant les indicateurs qui nous intéressent. *In fine*, c'était donc la question d'une possible généralisation de nos résultats à une plus grande échelle qui nous préoccupait.

Pour répondre à notre question de recherche, en utilisant les grands indicateurs que nous avons considérés comme pertinents vis-à-vis de cette question, nous avons choisi d'effectuer une étude observationnelle transversale à deux reprises dans des

communes rurale et urbaine des deux pays. Les indicateurs retenus étaient les suivants :

- La taille du ménage
- Le sexe
- L'âge
- Le fait d'être propriétaire ou non de son domicile
- Le type de domicile
- L'état civil
- Le niveau d'étude
- La possession d'une assurance-maladie
- La possession d'une assurance complémentaire
- L'existence d'un médecin généraliste/de famille attitré
- L'existence d'un médecin spécialiste régulier

Un questionnaire était destiné à recueillir les données lors de deux passations indirectes, en face-à-face.

Lors de la première visite, l'enquêteur relevait les événements survenus lors du mois précédant l'entrevue ; lors de la seconde, il notait les événements apparus pendant la période séparant les deux rencontres (soit donc un mois).

Le protocole de l'étude a été approuvé par le Comité d'éthique hospitalo-universitaire de l'Université de Liège et a reçu le numéro B70720096210.

Les données ont ensuite été analysées selon différents axes. Les éléments plus spécifiques à chaque analyse seront présentés dans les chapitres correspondants.

Pour l'instant, nous ne présenterons que les éléments de méthodologie générale, communs aux différents types d'analyse, et qui constituent donc la trame générale de la recherche, les grands principes du travail de terrain.

3.1.2 Constitution de l'échantillon de l'étude

Tableau 2. Estimation de la taille de la population à échantillonner en Belgique et au Vietnam

	Commune	Caractéristique	Nombre d'habitants	Nombre hab/km²
Belgique	Herstal	Urbaine	38750 *	1565
	Sprimont	Rurale	13959 *	172
	Arrondissement	Caractéristique	Nombre d'habitants	Nombre hab/km²
Vietnam	Tan Binh	Urbaine	399943 #	19200
	Thu Duc	Rurale	356088 #	7500

* Site des villes et communes : <http://www.uvcw.be/communes/>

Site officiel de HCM ville

Les définitions de ruralité ne sont pas univoques.

Dès lors, nous avons choisi en Belgique, comme commune rurale, une commune dont la densité était proche du seuil de 150 habitants par km² (seuil de l'OCDE) et comme commune urbaine, une commune dont la densité était bien au-delà du seuil.

À Hồ Chí Minh-ville, l'échelle de densité étant fort différente de celle que nous connaissons en Europe, nous avons choisi des communes éloignées l'une de l'autre sur l'échelle de densité de population.

Dans chaque pays, deux communes ont été sélectionnées dans les régions de Liège et Hồ Chí Minh-ville. Tan Binh et Herstal étaient les communes urbaines, Thu Duc et Sprimont les communes rurales.

Nous avons pris comme unité de travail le ménage. Il est défini comme l'ensemble des personnes apparentées vivant sous le même toit depuis au moins un mois.

En Belgique, dans chaque commune, une liste de 100 ménages a été constituée par tirage au sort aléatoire sur base du registre communal.

Au Vietnam, comme la liste d'adresses n'était pas disponible dans le registre communal, les 100 ménages de chaque commune ont été choisis selon le protocole

suyant : l'enquêteur suivait un trajet prédéterminé en prenant, à partir de la maison communale, la première rue à droite, puis celle à gauche ; le cinquième ménage à droite à partir du carrefour était choisi. Cette approche assurait à tous les ménages une chance égale d'être choisis (y compris les ménages se trouvant dans une petite impasse, comme il s'en rencontre beaucoup à Hồ Chí Minh-ville).

3.1.3 Questionnaire utilisé pour l'étude

Le questionnaire était divisé en quatre parties (voir annexe 1). Chaque partie était imprimée sur des papiers de couleurs différentes pour faciliter le travail de terrain.

La première partie était constituée d'un feuillet sur lequel figuraient

- Les coordonnées du ménage, ainsi que le code qui lui avait été attribué.
- Une liste (annexe 4) reprenait les différents éléments que l'enquêteur devait rappeler à l'interviewé avant de lui proposer de signer un formulaire de consentement éclairé (annexe 5).
- Pour l'enquête en Belgique, une lettre d'information (annexe 3) avait été envoyée aux ménages en même temps que le courrier annonciateur.
- Les feuillets, séparés des autres éléments du questionnaire, étaient déposés au Département de Médecine générale par les enquêteurs et étaient conservés sous clef.

Seuls les chercheurs directement liés à l'étude pouvaient avoir accès à ces renseignements, si nécessaire.

La deuxième partie était le questionnaire concernant le ménage.

- Outre le code du ménage, y étaient notées :
 - les informations concernant le type de logement, le fait d'être locataire ou propriétaire,
 - la composition du ménage.
- Dans la composition du ménage, chaque membre était identifié par un code dont la racine était le code du ménage.

La troisième partie était destinée au recueil des caractéristiques socio-démographiques de chaque membre du ménage.

La quatrième partie visait à retracer les demandes en santé, les recours et les soins reçus pour chaque membre du ménage.

Chaque recours comprenait trois éléments à recueillir :

- la qualification du prestataire,
- le lieu où le contact s'était déroulé,
- le type d'intervention menée.

L'enquêteur était encouragé à noter toutes les informations qu'il recevait de l'interviewé en respectant les *verbatim* employés.

Nous avons privilégié les informations brutes, dans le vocabulaire utilisé par l'interviewé, plutôt que des données interprétées par l'enquêteur, étant donné que plusieurs enquêteurs étaient enrôlés dans la phase de recueil des données.

Le questionnaire a été validé par les chercheurs du Département de Médecine générale et a été testé lors d'une enquête pilote présentée ci-dessous.

Pour la Belgique, une lettre d'information (annexe 3) avait été envoyée aux ménages en même temps que le courrier annonceur.

Le questionnaire a été traduit en vietnamien à partir de la version française.

Les définitions de médecin traitant, médecin régulier, médecin de famille, médecin spécialiste et assurances (d'État et privée), proposées lors de la rencontre entre l'enquêteur et l'enquêté, ont été adaptées aux connaissances des citoyens vietnamiens.

L'étendue de l'échelle de revenus a été modifiée pour correspondre aux revenus vietnamiens. De petites modifications dans les questions ont aussi permis d'assurer la compréhension.

Il s'agissait d'un questionnaire à « administration indirecte », c'est-à-dire que l'enquêteur complétait lui-même le questionnaire à partir des réponses qui lui étaient fournies par le répondant.

3.1.4 Déroulement de l'enquête

3.1.4.1 Étude pilote

Une étude pilote a été menée auprès de 10 ménages en Belgique pour s'assurer de la faisabilité de l'enquête, vérifier l'intelligibilité du questionnaire, connaître les réactions de l'interviewé et le temps moyen de réponse.

À la suite de cette étude pilote, nous avons modifié des éléments mineurs, tels que la liste de prestataires ou les photos de médicaments et produits qui étaient

présentées aux répondants. Les questions même du questionnaire sont restées inchangées.

3.1.4.2 Préparation de l'enquêteur

Nous avons organisé une séance d'information permettant aux enquêteurs de se familiariser avec les notions abordées. Ils ont reçu le guide d'enquête (annexe 2) avec toutes les consignes.

Les enquêteurs ont signé une clause de confidentialité avant de commencer l'enquête.

3.1.4.3 Déroulement de l'enquête

Lors de la première visite, l'enquêteur devait compléter toutes les parties du questionnaire.

À la fin de la première visite, il convenait d'un autre rendez-vous, un mois plus tard. A la seconde visite, l'enquêteur ne complétait que les feuillets concernant les événements sanitaires survenus pendant le mois écoulé.

En cas d'absence lors de la première visite, l'enquêteur devait se présenter une deuxième fois à l'adresse indiquée, mais à un moment différent de la journée.

Les membres du ménage pouvaient refuser de participer à l'enquête.

Dans le cas où le ménage refusait de participer à l'enquête, la maison juste à côté à gauche était choisie comme remplaçante, et ainsi de suite jusqu'à acceptation d'un ménage.

Si l'enquêteur était confronté à la situation où plusieurs logements correspondaient à la même adresse, il effectuait un tirage au sort des ménages, afin de déterminer le ménage qui remplacerait celui qui avait refusé.

L'enquêteur devait inscrire le terme « refus » sur le premier feuillet et l'adresse du « nouveau » ménage sélectionné devait être inscrite, en-dessous de l'adresse du ménage initialement choisi.

Dans certains cas, l'enquêteur ne pouvait pas interroger toutes les personnes du ménage : les absents, les enfants de moins de 10 ans ou toute personne ne pouvant pas fournir les informations demandées (problèmes cognitifs, par exemple).

Dans ce cas, le recours à un proche était permis. L'enquêteur devait préciser le statut du répondant (père, mère, fils ou fille, etc.).

3.1.5 Encodage des données

La plupart des questions du questionnaire étant fermées, les différentes modalités de réponse étaient déjà proposées.

Pour les informations de recours en santé, comme il s'agissait de questions ouvertes, la phase d'encodage a été menée *a posteriori*, après retour des questionnaires.

Quatre éléments devaient être encodés, en utilisant quatre systèmes de référence différents.

- Pour encoder les problèmes de santé, nous avons utilisé la CISP (Classification Internationale des Soins Primaires) comme référence.
- Pour les prestataires de soins, les lieux de soins et les soins prestés, nous avons utilisé des références propres à l'étude. La définition de chaque élément sera présentée dans chaque étude spécifique.

Toutes les données recueillies ont été encodées dans une base de données structurée, gérée sous MS Access 2003. La base de données et son interface ont été programmées exclusivement pour notre enquête (annexe 8). La structure et le type des données sont présentés dans l'annexe 7.

3.1.6 Analyse des données

Nous avons utilisé le test T de Student pour les variables quantitatives et le test du Chi-carré pour les variables nominales.

Le seuil de signification des tests a été fixé à $p=0,05$ dans l'ensemble du travail et de l'analyse.

Toutes les analyses statistiques de cette étude ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS version 13.0 et Winbugs version 4.

Nous avons sélectionné certaines données en fonction des objectifs de chaque étude. Les détails des méthodes d'analyse seront présentés dans les chapitres suivants.

3.2 Résultats généraux de l'enquête

Le travail de terrain s'est déroulé en 2009 : d'avril à juillet en Belgique, et de mai à juin au Vietnam. Au total, 418 ménages ont été interrogés, ce qui représentait un total de 1209 personnes. Le taux de réponse directe aux enquêteurs a été de 62,9% en Belgique et 47,6% au Vietnam.

Tableau 3. Taux de réponses directes à la première visite en %

Variable	Belgique			Vietnam			Entre les 2 pays
	Herstal	Sprimont	p	Tan Binh	Thu Duc	p	p
Taux de réponse directe à la 1ère visite (en %)	61,6	64,6	0,467	48,3	46,9	0,713	0,000
Raison de délégation (en %)			0,754			0,667	0,040
Absent	62,8	57,0		64,9	65,1		
Enfant	30,2	36,0		22,2	24,9		
Incapacité	3,5	4,7		3,5	3,9		
Indisponibilité	3,5	2,3		9,4	6,1		

Tableau 4. Variables socio-démographiques du ménage et de la personne pendant le mois étudié

Variable	Belgique			Vietnam			Entre les 2 pays
	Herstal	Sprimont	p	Tan Binh	Thu Duc	p	
Ménages (nombre)	112	106		100	100		
Personnes interviewées	294	243		331	341		
Propriété de l'habitat (en %)			0,908			0,228	0,000
Propriétaire	75,9	78,3		93,0	88,0		
Locataire	24,1	21,7		7,0	12		
Type d'habitat (en %)			0,549			#	0,000
Maison	92,0	89,6		100	100		
Appartement	8,0	10,4		0	0		
Nombre moyen de membres du ménage (min-max)	2,6(1-9)	2,3(1-6)	0,073	3,3(1-9)	3,4(1-9)	0,645	0,000
Age moyen de la population (SD)	36,4(21,8)	42,6(23,6)	0,002	42,7(23,8)	37,3(21,7)	0,002	0,573
Homme	35,9(21,2)	41,5(22,8)		39,4(23,4)	34,7(22,0)		
Femme	36,8(22,3)	43,5(24,4)		45,4(23,8)	39,4(21,3)		
Sexe (en %)			0,641			0,786	0,803
Homme	44,9	46,9		45,6	44,6		
Femme	55,1	53,1		54,4	55,4		

Tableau 4. (suite) Variables socio-démographiques du ménage et de la personne pendant le mois étudié

Variable	Belgique			Vietnam			Entre les 2 pays
	Herstal	Sprimont	p	Tan Binh	Thu Duc	p	
Etat civil (en %)			0,537			0,940	0,000
Marié(e)	42,2	46,4		56,5	54,4		
Célibataire	41,5	35,4		34,1	36,5		
Divorcé(e)	6,5	5,8		1,2	1,2		
Veuf/veuve	5,4	5,8		8,2	7,9		
Cohabitant	4,4	6,6		0,0	0,0		
Niveau d'étude (en %)			0,098			0,139	0,000
Pas de diplôme	17,7	17,4		18,7	25,7		
Primaire	13,6	11,6		23,5	26,6		
Secondaire inférieur	15,0	18,6		22,9	21,6		
Secondaire supérieur	31,7	24,4		24,5	18,4		
Supérieur non universitaire	15,6	17,4		3,7	3,0		
Universitaire	4,4	9,5		5,8	4,1		
Autre	2,0	1,2		0,9	0,6		
Assurance maladie (en %)	99,7	98,8	0,333	43,8	51,0	0,061	0,000
Assurance complémentaire (en %)	44,2	48,6	0,315	6,0	6,5	0,827	0,000
Médecin de famille (en %) §	96,3	94,7	0,369	1,8	1,5	0,723	0,000
Médecin spécialiste §	31,6	31,7	0,851	7,3	0,3	0,000	0,000

non calculable; § médecin généraliste attiré ; \$ médecin spécialiste chez qui le patient a consulté 3 fois au moins pendant l'année écoulée

Sur les 11 paramètres socio-démographiques étudiés (Tableau 4), un seul présente une différence significative entre les deux communes au sein de chaque pays ; il s'agit de l'âge.

Vu le peu de différence entre les communes d'un même pays, il est raisonnable d'en regrouper les données pour la suite de l'analyse.

En revanche, les différences entre les deux pays sont statistiquement significatives pour 10 paramètres sur 11 (Tableau 4).

- La taille des ménages vietnamiens est plus grande que celle observée en Belgique. Cette différence s'explique en partie par la culture asiatique, par les habitudes de regroupement des familles sur trois générations, et par la difficulté de trouver un logement pour les jeunes mariés.
- Notre enquête montre que les Belges sont bien couverts par l'assurance maladie (99,3%) et par une assurance complémentaire (46,2%), valeurs qui sont comparables à celles du rapport de santé en Belgique en 2007 (plus de 99% des Belges bénéficiant d'une assurance maladie, environ 43% d'une assurance complémentaire)²⁵.
- Du côté vietnamien, l'assurance maladie ne couvre que 47,5% de la population, valeur comparable à celle de 42% citée dans le rapport 2008 du Ministre de la santé du Vietnam²⁶; la couverture de l'assurance complémentaire reste, en revanche, encore très limitée.
- En termes d'utilisation des soins, notre étude montre que 95,5% des Belges déclarent avoir un médecin généraliste attitré. Plus de 31,7% d'entre eux identifient un médecin spécialiste chez lequel ils se sont rendus au moins 3 fois dans le courant de l'année. Ces résultats correspondent à ceux de l'enquête nationale de 2004 en Belgique où 95% de la population déclarent avoir un médecin généraliste attitré²⁷.
- Au Vietnam, en revanche, le système de médecine de famille n'existe pratiquement pas. Certaines polycliniques privées proposent un service forfaitaire de consultations à domicile, ce qui est assimilé à un service de médecine de famille. Pourtant, le montant à charge du patient est très élevé, ce qui rend ce service très peu accessible à la population générale. Nous avons ainsi constaté que la proportion des patients vietnamiens ayant un médecin généraliste attitré (1,6%) est moins importante que celle ayant un médecin spécialiste régulier (3,7%).

En cumulant les données des deux visites, nous avons enregistré, en tout, 3772 problèmes de santé ayant entraîné 2492 contacts avec des prestataires de soins (Tableau 5).

Une grande partie de ces problèmes de santé se règle sans l'intervention d'un prestataire de soins, tandis que d'autres nécessitent des interventions multiples.

Tableau 5. Relevé du nombre de problèmes de santé et de recours selon les communes

Variable	Belgique		Vietnam		
Commune	Herstal	Sprimont	Tan Binh	Thu Duc	Total général
Personnes interviewées	294	243	331	341	1209
Problèmes	1337	1305	555	575	3772
Recours	746	644	519	583	2492

Les résultats seront analysés plus avant dans les chapitres suivants.

3.3 Écologie en santé - Carré de White

3.3.1 Introduction

Ce chapitre est spécifiquement consacré à l'étude de la notion de prévalence mensuelle des personnes ayant des problèmes de santé.

Cet indicateur est fréquemment utilisé dans la recherche en santé publique et en soins primaires. Les études qui y recourent revêtent diverses appellations comme « écologie des soins en santé », « écologie en santé » ou encore « carré de White ».

Le dernier terme rend hommage au Professeur Kerr White qui a eu un rôle fondateur dans la diffusion internationale de cette notion et en particulier dans le domaine des soins primaires.

Le terme « écologie des soins de santé » est utilisé pour la première fois en 1954 par John et Elisabeth Horder ¹, deux généralistes londoniens qui publient un modèle qui représente, en trois carrés de taille décroissante :

- la population qu'ils soignent,
- la proportion de leurs patients qui présenteront un problème de santé suffisamment important pour justifier une consultation
- ainsi que ceux qui devront être adressés à un spécialiste hospitalier.

En 1961, Kerr White publie dans le *New England Journal of Medicine* un article intitulé « *The Ecology of Medical Care* » ³.

Les prévalences mensuelles en matière de problèmes de santé et de recours aux différents niveaux de soins sont figurées par des carrés de taille décroissante. Cette représentation schématique montre que pour une population anglo-américaine de 1000 adultes suivis pendant un mois :

- 750 personnes ressentent au moins un problème de santé,
- parmi elles, 250 ont recours à un médecin pour une consultation,
- 9 patients, seulement, doivent prendre le chemin de l'hôpital pour y recevoir des soins plus techniques,
- un seul nécessite le recours à un hôpital de niveau universitaire.

Ce que certains appelleront plus tard le « carré de White » a eu l'avantage de susciter un débat particulièrement fécond et, surtout, de montrer le rôle de la première ligne de soins dans les systèmes de santé occidentaux.

Green et al. ont publié en 2001 une analyse réactualisée de l'écologie des soins de santé aux USA ²: ils ont montré une grande stabilité des tendances décrites par White. La figure 4 reprend ces conclusions qui portent sur les recours médicaux.

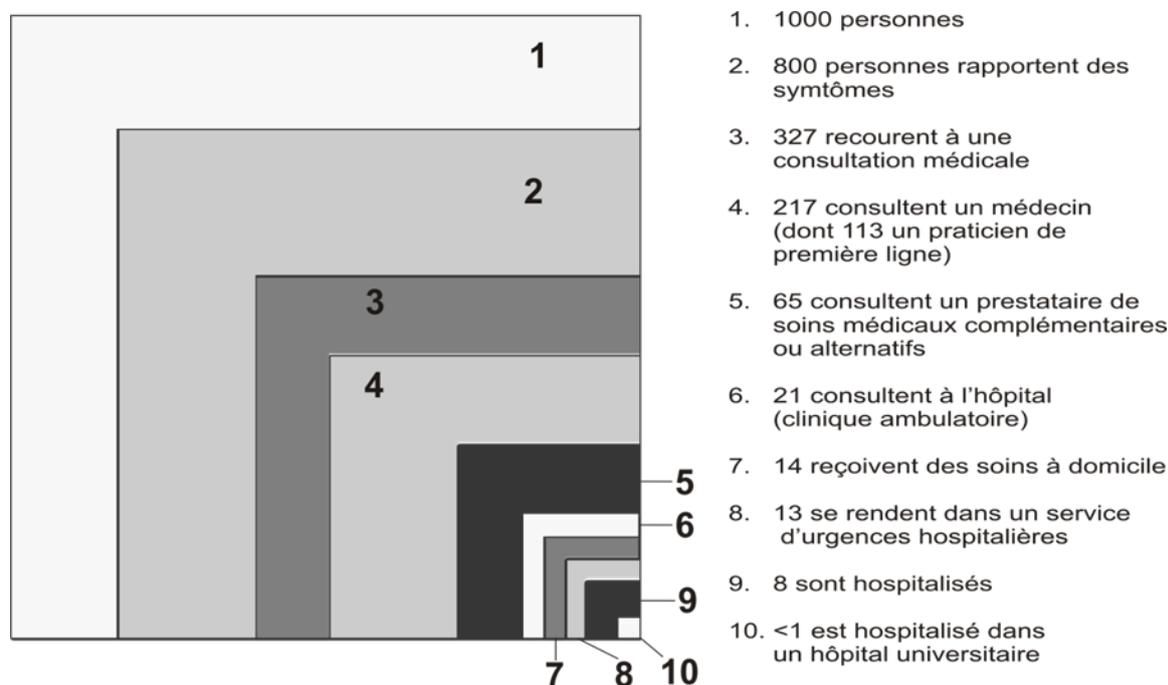


Figure 4. Prévalence mensuelle des problèmes de santé et des recours à différentes sources de soins de santé aux États-Unis (traduit et adapté selon Green et al. 2001²)

D'autres auteurs ont souligné l'utilité de l'outil de Kerr White et retravaillé sur cette notion d'écologie de soins dans différents contextes ⁵⁻⁹ ou au sujet de pathologies spécifiques ^{10,11}.

Le modèle proposé par K. White et les enseignements qui ont pu en être tirés au sujet des fonctions des médecins de première ligne ont été abordés en 2006 dans la Revue Médicale de Liège ⁴.

Tous ces travaux traitant de l'écologie des soins de santé s'appuient sur la notion de prévalence mensuelle à savoir le nombre de personnes, dans la population générale, chez qui est enregistré au moins un problème de santé ou un recours en santé durant une période donnée.

Il s'agit d'une approche populationnelle intéressante, mettant notamment en évidence les rôles respectifs des différents niveaux de soins.

En se basant sur une méthodologie et un modèle comparables, nous présentons deux analyses de nos données.

- La première fait un état des lieux de cet indicateur en Belgique et ensuite au Vietnam.
- La seconde analyse vise à une comparaison entre ces deux pays, sur base de cet indicateur.

Ces analyses ont bien évidemment pour objectif d'alimenter notre vision du modèle de médecine de famille dans le contexte du Vietnam.

3.3.2 Méthodologie

À partir des données récoltées au travers de l'enquête décrite plus haut, nous avons extrait les éléments permettant d'établir un carré de White, pour chaque pays.

- Tout problème de santé était répertorié pour autant qu'il ait été à l'origine de symptômes ou d'une consommation en soins durant le mois étudié.
- Tout problème de santé préexistant qui n'avait pas demandé de recours à un professionnel pendant la période étudiée n'a pas été pris en compte (par exemple une pathologie chronique n'ayant pas demandé de soins professionnels ou encore une pathologie chronique n'ayant justifié que la délivrance d'une ordonnance médicale rédigée antérieurement à la période étudiée).

Le recours à des soins de santé était défini comme un contact avec un prestataire de soins de tout type de qualification.

Ainsi, l'utilisation de médicaments sans qu'il n'y ait de délivrance en pharmacie (automédication à domicile) et les soins administrés sans aucune aide professionnelle (pansements, bains, etc.) n'ont donc pas été comptabilisés.

Pour chaque recours, trois éléments ont été recueillis :

- la profession du dispensateur de soins
 - médecin,
 - pharmacien,
 - dentiste,
 - infirmier,
 - kinésithérapeute,
 - autre prestataire.

- le lieu de dispensation des soins
 - service d'hospitalisation,
 - service des urgences,
 - policlinique ambulatoire,
 - cabinet,
 - pharmacie,
 - domicile.

- le type de prestations
 - opération chirurgicale,
 - hospitalisation sans chirurgie,
 - consultation médicale complexe (comportant des interventions techniques, de laboratoire, de radiologie, etc.),
 - consultation médicale simple (sans acte technique nécessitant du matériel lourd),
 - délivrance de médicaments en pharmacie sans avis médical préalable,
 - soins paramédicaux (dispensés par des professionnels non médecins).

Pour construire les carrés, nous avons eu recours à l'indicateur utilisé par K. White, à savoir le nombre de personnes qui présentent au moins un problème ou un recours chez un professionnel de santé dans une population de 1000 habitants suivis pendant un mois. Cet indicateur peut être exprimé comme la prévalence mensuelle des personnes présentant un problème de santé ou ayant recours aux services d'un professionnel de santé.

3.3.3 Écologie en santé de Hồ Chí Minh-ville – Vietnam

3.3.3.1 Résultats

Au total, 672 personnes ont été interrogées dans 200 ménages répartis sur les deux communes.

Les caractéristiques socio-démographiques des deux sous-populations étudiées ne sont pas significativement différentes, excepté pour l'âge et la proportion des personnes ayant un niveau d'études supérieures.

Le taux de réponse directe aux enquêteurs est de 47,6%. Les deux raisons de délégation les plus rencontrées sont l'absence (65,1% des cas) et le jeune âge de la personne concernée (23,6% des cas) (Tableau 3).

Le nombre de personnes ayant rencontré au moins un problème de santé durant le mois étudié est de 426, ce qui correspond à une prévalence mensuelle de 63,4%. Le nombre de personnes ayant eu au moins un recours en santé durant la même période est de 384, ce qui équivaut à une prévalence mensuelle de 57,1 % (Tableau 6).

La répartition des recours en santé selon le prestataire rencontré, le lieu de soins fréquenté et le type de prestation réalisée est détaillée dans ce même tableau.

Tableau 6. Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou des recours en santé – Hồ Chí Minh-ville - Vietnam.

		Tan Binh % (effectif)	Thu Duc % (effectif)
Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou plusieurs recours en santé		55,0(182)	59,2(202)
Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou plusieurs recours selon le prestataire	Médecin	33,8(112)	33,7(115)
	Pharmacien	26,0(86)	26,1(89)
	Dentiste	0,0 (0)	0,0 (0)
	Infirmier	0,0 (0)	0,3 (0)
	Kinésithérapeute	0,0 (0)	0,0 (0)
	Autres prestataires	2,7 (9)	2,6 (9)
Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou plusieurs recours selon le lieu de soins	Service d'hospitalisation	0,9 (3)	2,6 (9)
	Service des urgences	0,3 (1)	0,0 (0)
	Policlinique ambulatoire	23,3 (77)	23,5 (80)
	Cabinet	8,8 (29)	10,9 (37)
	Pharmacie	26,0 (86)	26,1 (89)
	Domicile du patient	0,9 (3)	1,5 (5)
Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou plusieurs recours selon le type de prestation	Opération chirurgicale	0,3 (1)	1,2 (4)
	Hospitalisation sans chirurgie	0,9 (3)	1,5 (5)
	Consultation médicale complexe	0,6 (2)	1,2 (4)
	Consultation médicale simple	33,8(112)	33,4(114)
	Délivrance de médicaments sans avis médical préalable	26,0 (86)	26,1 (89)
	Soins non médicamenteux	1,2 (4)	0,3 (1)

Les résultats qui ne portent que sur les recours à des médecins sont présentés dans la figure 5 selon un modèle inspiré des travaux de Green².

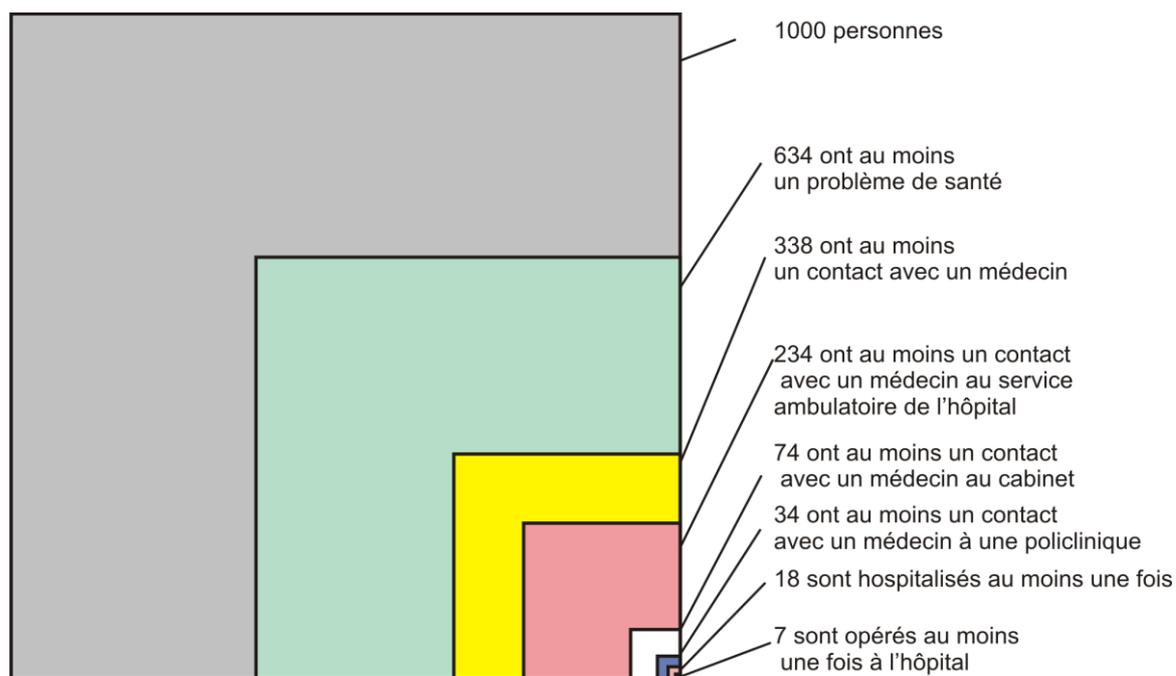


Figure 5. Écologie des soins de santé de deux communes de Hồ Chí Minh-ville, suivant un modèle inspiré de Green (prévalence mensuelle exprimée pour 1000 personnes ne concernant que les recours à des médecins)

Les résultats portant sur les recours aux soins selon le prestataire consulté, le lieu de soins et le type de prestation réalisée sont présentés respectivement dans les figures 6, 7 et 8.

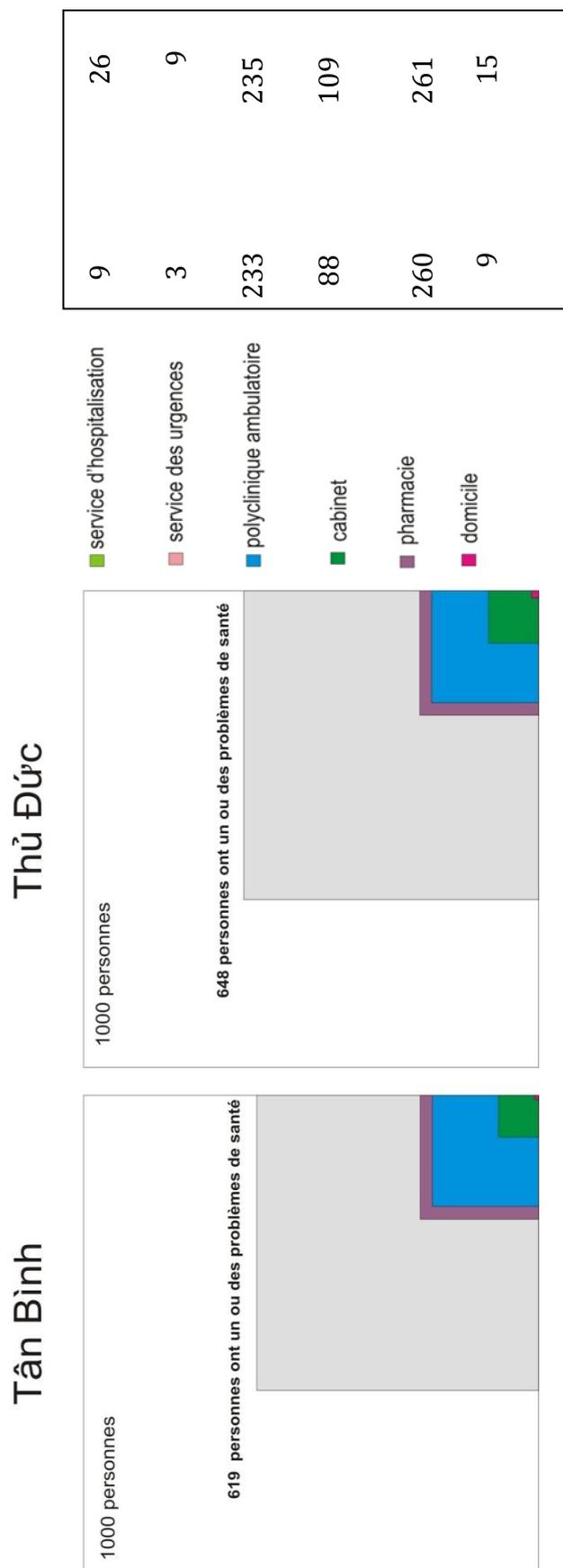


Figure 7. Prévalence mensuelle (rapportée à 1000 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le lieu de soins, au Vietnam

Nous proposons un format original de présentation de l'écologie des soins de santé, permettant de visualiser la prévalence mensuelle des personnes ayant des recours en santé, selon le prestataire consulté, le lieu de soins et le type de prestation (Figures 9, 10 et 11). L'écologie des soins de santé est ainsi analysée selon trois angles de vue différents, donnant une vue synoptique des soins de santé dans les deux communes considérées.

Tân Bình Thử Đức

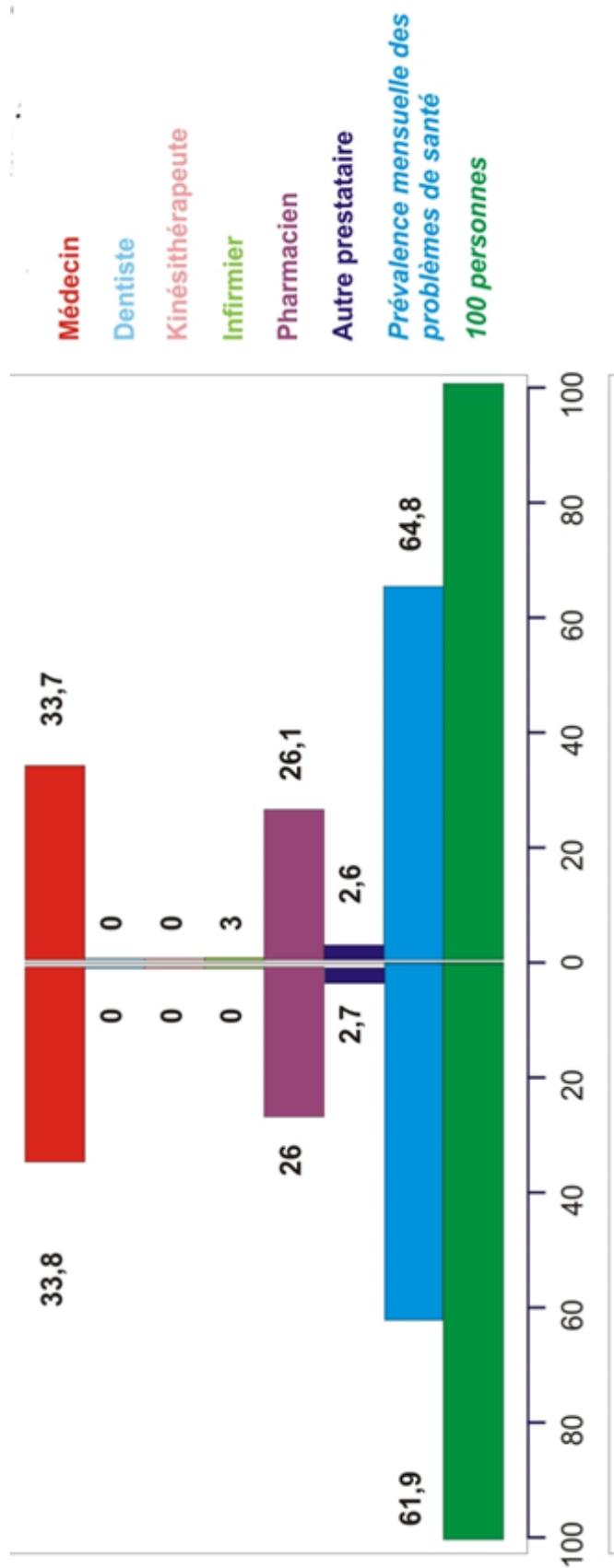


Figure 9. Prévalence mensuelle (rapportée à 100 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le prestataire de soins, au Vietnam

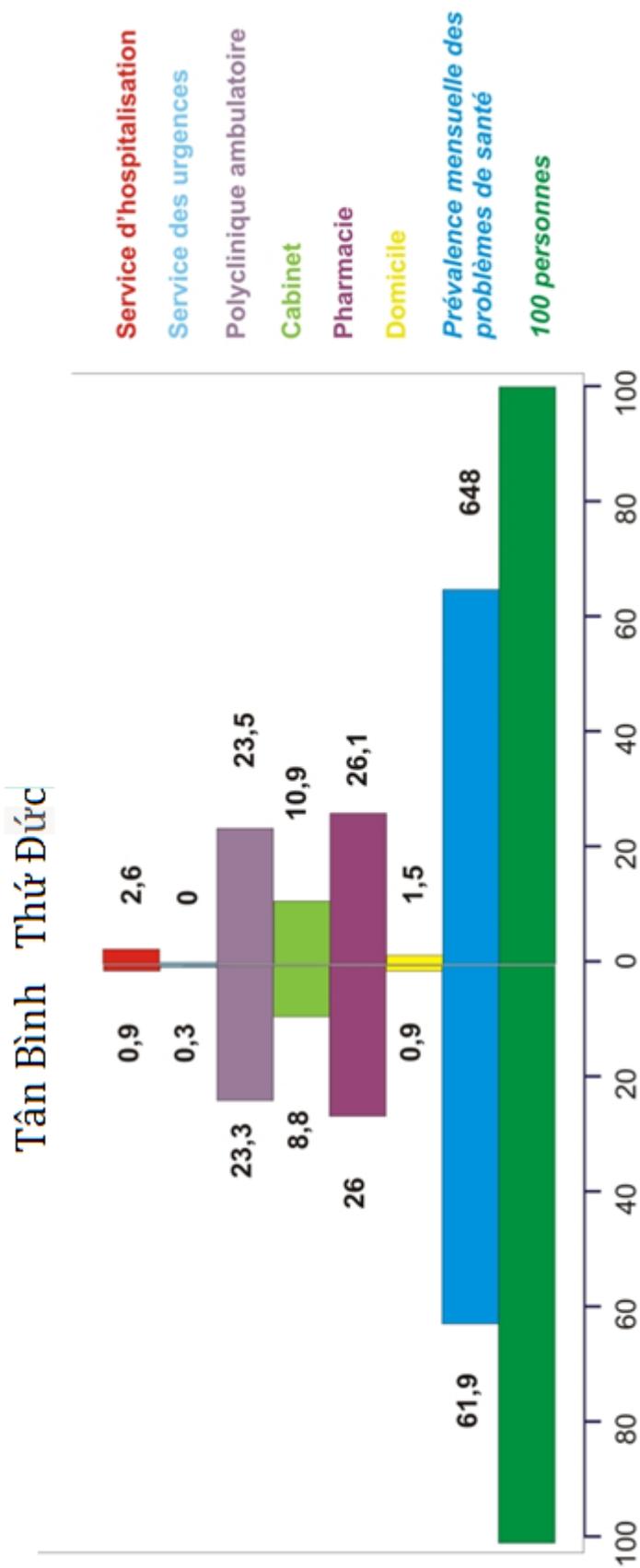


Figure 10. Prévalence mensuelle (rapportée à 100 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le lieu de soins, au Vietnam

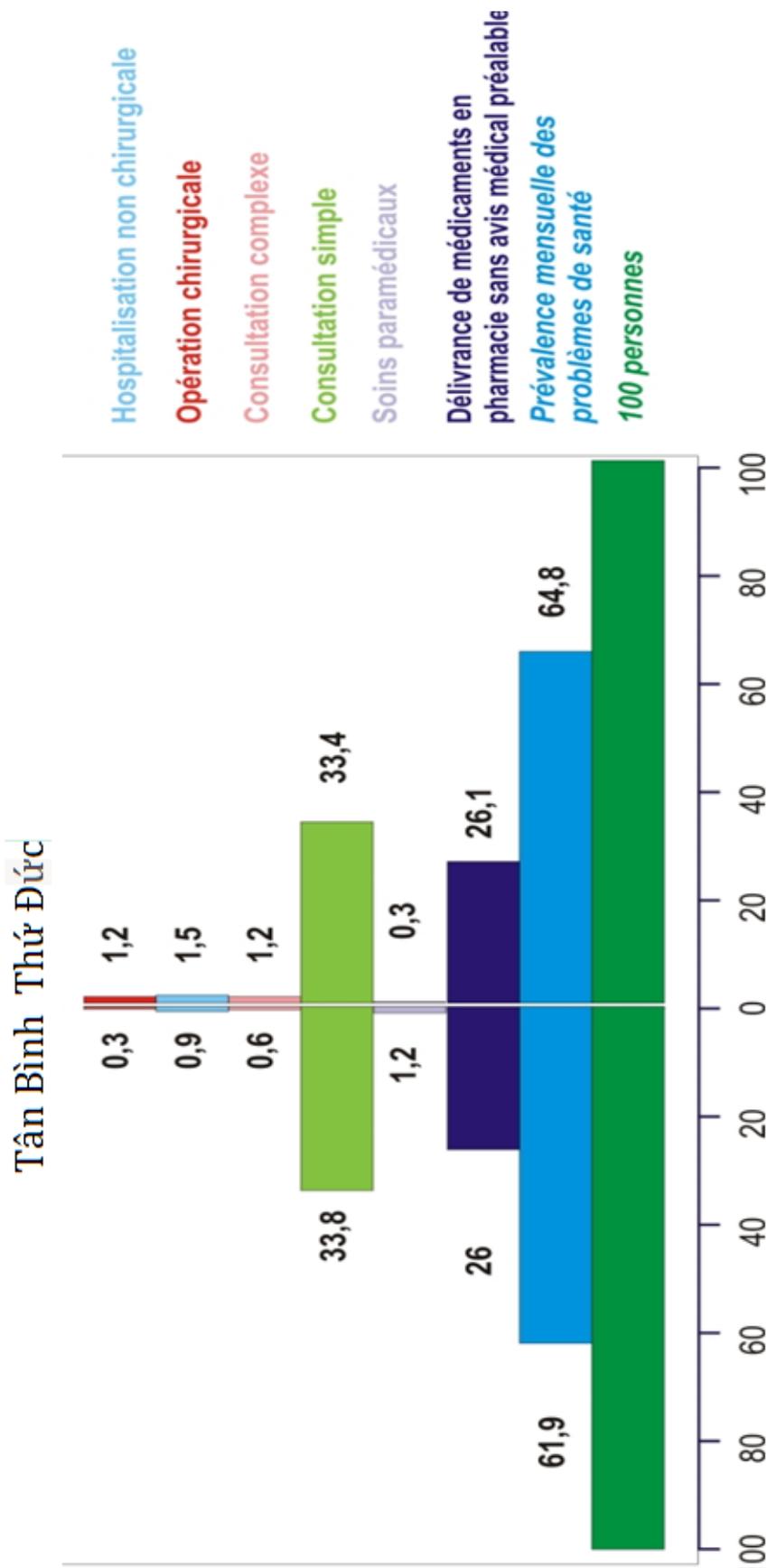


Figure 11. Prévalence mensuelle (rapportée à 100 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le type de prestation, au Vietnam

3.3.3.2 Discussion

Au Vietnam, l'information en matière de soins de santé et de recours provient souvent des registres des grands établissements médicaux.

En conséquence, ces données ne fournissent souvent qu'une image déformée ou partielle de la réalité de la population générale, ne tenant compte que de l'activité hospitalière.

Le système de santé ne dispose pas d'informations réellement fiables, relevées de manière systématique auprès de la population générale.

Le modèle d'écologie des soins de santé de K. White apporte dès lors une vision intéressante du système de santé local, puisqu'il se concentre sur la population, et non sur le système de santé ou les praticiens, avec le calcul de la prévalence mensuelle de personnes ayant des problèmes de santé et ayant recours au système de santé, de manière générale.

Ce type d'approche, basée sur le modèle de l'écologie des soins de santé, n'avait jamais été réalisé au Vietnam. La présente étude constitue ainsi la première expérience vietnamienne utilisant ce modèle. Elle permet d'avoir une base de comparaison avec des travaux semblables réalisés dans d'autres pays.

En raison des différences méthodologiques d'une étude à l'autre, des indicateurs choisis et des spécificités de chaque système de santé, une comparaison stricte des résultats s'avère toutefois hasardeuse. À titre d'exemple, Green a utilisé trois sources de données différentes ², alors que notre travail est basé sur une enquête dans la communauté, directement auprès de la population.

Pour cette raison, dans les lignes qui suivent, nous limiterons notre analyse comparative aux grandes tendances observées.

La prévalence mensuelle des personnes ayant rencontré des problèmes de santé dans notre échantillon (634 personnes pour 1000 habitants) se situe dans la moyenne de celles relevées dans d'autres études étrangères.

Si la prévalence mensuelle évaluée à Hong-Kong ⁷ est de l'ordre de 567 sur 1000 personnes, celle des pays occidentaux varie entre 750 et 860 personnes selon les études ^{2,3,8}.

Le résultat de notre étude au Vietnam peut aussi être comparé à celui d'une ancienne enquête nationale réalisée en 1997-1998, mais qui ne reprenait pas le modèle théorique considéré dans ce travail.

Dans cette étude, 414 personnes sur 1000 avaient déclaré au moins un épisode de maladie ou d'accident au cours des quatre dernières semaines¹².

À notre connaissance, il n'existe pas de données plus actualisées concernant le Vietnam.

Au niveau de la prévalence mensuelle des recours en soins de santé, les études originales ^{2,3} ne se sont concentrées que sur le contact avec un médecin, plutôt qu'avec un prestataire de soins au sens général (où figurent aussi l'infirmier, le pharmacien, etc.).

Seule l'étude menée à Hong-Kong a abordé le recours aux soins de santé de façon plus générale ⁷.

Cette différence méthodologique peut expliquer l'écart de prévalence mensuelle de recours aux soins de santé entre une étude occidentale ² (40,9% des intéressés) d'une part, l'étude de Hong-Kong ⁷ (65,6% des intéressés) et la nôtre au Vietnam (57,1% des intéressés) d'autre part, écart avoisinant ou dépassant les vingt points.

En dépit de ces différences, nous avons aussi trouvé des caractéristiques communes avec l'écologie des soins de santé d'autres pays.

La plupart des problèmes de santé engendrant un recours entraînent des prestations de soins simples, comme une consultation médicale simple ou la délivrance de médicaments.

Des interventions plus lourdes comme une consultation médicale complexe, une hospitalisation ou une opération sont beaucoup plus rares.

Ce résultat corrobore le message important de toutes les études sur l'écologie des soins de santé : les besoins en santé exigeant des soins lourds sont très limités dans la population ^{2,3,5}.

Une faible proportion de la population nécessite le recours à des soins intra-hospitaliers.

Le taux d'hospitalisation observé, qui est de 1,8 % dans notre enquête, n'est pas très éloigné également des taux rapportés dans d'autres études, qui vont de 0,7 à 1% ^{2,3,8,9}.

Le taux de recours aux urgences de notre étude est aussi de 0,1%, alors que dans les études antérieures, ce taux était compris entre 1,3% et 1,6% ^{2,5-7}.

Dans ce travail, l'écologie des soins de santé du Vietnam se différencie néanmoins de celle des autres pays par divers aspects :

- L'existence d'une première ligne de soins assurant une prise en charge de proximité n'est pas démontrée, la fonction de premier recours étant assurée par les services hospitaliers de soins ambulatoires ou encore par les pharmaciens. Ce phénomène a été identifié dans cette enquête. En effet, une part importante des recours aux médecins a lieu dans les services hospitaliers de soins ambulatoires pour des consultations simples.
- Une proportion non négligeable de recours à la pharmacie pour l'achat de médicaments sans avis médical apparaît également.
- On note enfin une absence quasi-totale de soins de proximité, notamment de soins à domicile.

Le service hospitalier de consultation ambulatoire occupe donc une place importante dans le modèle d'écologie des soins de santé au Vietnam.

Si les prestations de soins sont majoritairement des consultations simples, elles sont toutefois prises en charge par des médecins exerçant dans des structures hospitalières plutôt que dans des cabinets individuels.

Ce type de recours aux structures hospitalières est lié à l'absence de remboursement par l'assurance maladie des soins ambulatoires hors du contexte hospitalier, le même système s'appliquant également pour les médicaments. Ceci peut expliquer le recours en masse à l'hôpital pour une consultation simple.

Ce fonctionnement du système de santé vietnamien, où les médicaments remboursables ne se trouvent que dans les grandes structures médicalisées, explique également l'importance de l'automédication dans ce pays d'Asie¹³.

En se référant aux autres études réalisées au Vietnam ^{14,15}, il a été montré que les patients vietnamiens préfèrent utiliser l'automédication en première intention pour un problème de santé.

En effet, les médicaments sont vendus librement en pharmacie, sans nécessité de prescription médicale, ce qui les rend plus accessibles et moins chers que les autres types de recours. Ceci explique la forte prévalence mensuelle du recours à l'automédication.

Ces résultats soulignent aussi l'absence d'une première ligne de soins structurée dans le système de santé vietnamien.

Ainsi est mise en évidence une distribution paradoxale des soins en santé :

- les patients optent soit pour l'automédication, moins chère et plus accessible,
- soit pour une consultation dans des services hospitaliers parfois distants, qui s'avère plus onéreuse pour le patient ou pour le système de santé, dont le plus haut niveau de technicité s'avère non nécessaire dans une grande partie des cas.

D'un point de vue méthodologique, la présente étude permet une approche plus détaillée de l'écologie des soins de santé au Vietnam, fournissant des détails sur la nature des prestataires, les lieux et prestations de soins.

Pour autoriser une comparaison minimale et prudente avec des travaux antérieurs, nous avons fait le choix de recourir à la notion de prévalence mensuelle à l'image de la méthode adoptée par K. White³.

Une telle démarche comporte des limites : l'imbrication des carrés peut graphiquement entraîner une confusion, laissant penser à tort que les petits carrés constituent des sous-ensembles des grands carrés.

Or, ces carrés représentent des effectifs, et en aucun cas des lignes de soins successives.

Cette démarche ne peut pas, par exemple, prétendre approcher la consommation de soins ou encore les besoins en santé ou les freins à l'accès aux soins.

Elle n'est donc qu'une manière particulière d'appréhender un système de santé, sans vocation à l'exhaustivité, et qui peut être appuyée par des approches complémentaires.

3.3.3.3 Conclusion

Pour conclure, la présente étude constitue la première analyse de l'écologie des soins de santé au Vietnam.

Elle permet une analyse assez détaillée des prévalences mensuelles des personnes ayant des problèmes de santé et des recours dans une population de la région de Hồ Chí Minh-ville, sélectionnée et interrogée selon une méthodologie clairement définie.

Comme dans d'autres études de ce genre, une proportion importante de la population présente mensuellement des problèmes de santé, et ces derniers ne conduisent majoritairement qu'à une consultation simple.

Pourtant, l'écologie des soins de santé du Vietnam diffère du modèle des autres pays, avec une prévalence importante de recours inappropriés à l'automédication et à la consultation pourtant simple dans les structures hospitalières. L'absence de soins de proximité contraste avec l'organisation sanitaire d'autres pays.

Par la comparaison avec d'autres pays, cette étude de l'écologie de soins de santé au Vietnam pose diverses questions, telles que l'allocation des ressources sanitaires, l'égalité sociale en matière de santé, ou encore la structuration du système de santé et de la première ligne.

Celles-ci devront alimenter les débats sur l'organisation actuelle et future du système de santé vietnamien.

Nous reviendrons notamment sur ces aspects dans la discussion générale.

3.3.4 Écologie en santé de Liège - Belgique

3.3.4.1 Résultats

Au total, 537 personnes ont été interviewées dans 218 ménages répartis sur les deux communes.

Comme évoqué dans les résultats généraux, les caractéristiques socio-démographiques des populations étudiées dans les deux communes ne sont pas significativement différentes, exception faite de l'âge, moins élevé dans la commune urbaine (Tableau 4).

Le taux de réponses directes aux enquêteurs n'est pas statistiquement différent d'une commune à l'autre, au total il est de 62,9%. Les deux raisons de délégation les plus rencontrées sont l'absence (60,3% des cas) et le jeune âge de la personne concernée (32,7% des cas).

Le nombre de personnes ayant rencontré au moins un problème de santé durant le mois étudié est de 242 pour l'échantillon urbain (soit 823 personnes, si on rapporte ce chiffre à une population de 1000 habitants) et de 215 pour l'échantillon rural (soit 885 personnes pour une population de 1000 habitants). La prévalence mensuelle des personnes ayant des problèmes de santé est de 85,1% pour la population globale. Le tableau 7 reprend les données relatives à la prévalence mensuelle des personnes ayant des problèmes de santé.

Tableau 7. Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou des problèmes de santé – Liège, Belgique

Commune		Herstal %(effectifs)	Sprimont % (effectifs)	p
Nombre de personnes interrogées		294	243	
Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou des problèmes de santé		82,3(242)	88,5(215)	0,046
Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou des problèmes de santé, âgées de	moins de 6 ans	77,8(21)	93,7(15)	0,229
	>6 et <50 ans	80,9(148)	87,9(109)	0,102
	50 ans et plus	86,9(73)	88,3(91)	0,765

Le nombre de personnes ayant eu au moins un recours en santé durant le mois étudié est de 178 pour l'échantillon urbain (soit 605 personnes, si on rapporte ce chiffre à une population de 1000 habitants) et de 156 pour l'échantillon rural (soit 642 personnes pour une population de 1000 habitants). La prévalence mensuelle des personnes ayant des recours en santé est de 62,2 % pour la population globale.

Tableau 8. Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou des recours en santé – Liège – Belgique.

Commune		Herstal % (eff.)	Sprimont % (eff.)
Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou des recours en santé		60,5(178)	64,2(156)
Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou des recours en santé, âgées de	moins de 6 ans	59,3 (16)	75,0 (12)
	>6 et <50 ans	55,7(102)	60,5 (75)
	50 ans et plus	71,4 (60)	67,0 (69)
Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou des recours selon les prestataires	Médecin	49,0(144)	49,4(120)
	Pharmacien	6,5 (19)	6,6 (16)
	Dentiste	9,9 (29)	13,6 (33)
	Infirmier	2,7 (8)	5,8 (14)
	Kinésithérapeute	8,2 (24)	9,1 (22)
	Autre prestataire	4,1 (12)	6,6 (16)
Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou des recours selon les lieux de soins	Service d'hospitalisation	2,4 (7)	0,4 (1)
	Service des urgences	1,4 (4)	2,5 (6)
	Policlinique ambulatoire	18,7 (55)	14,0 (39)
	Cabinet	40,5(119)	46,9(114)
	Pharmacie	6,5 (19)	6,6 (16)
	Domicile	15,3 (45)	14,0 (34)
Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou des recours selon les prestations	Opération chirurgicale	1,4 (4)	0,4 (1)
	Hospitalisation sans chirurgie	1,0 (3)	0 (0)
	Consultation complexe	11,6 (34)	8,2 (20)
	Consultation simple	54,8(161)	56,8(138)
	Délivrance de médicaments en pharmacie sans avis médical préalable	6,8 (20)	6,6 (16)
	Soins paramédicaux	7,1 (21)	11,9 (29)

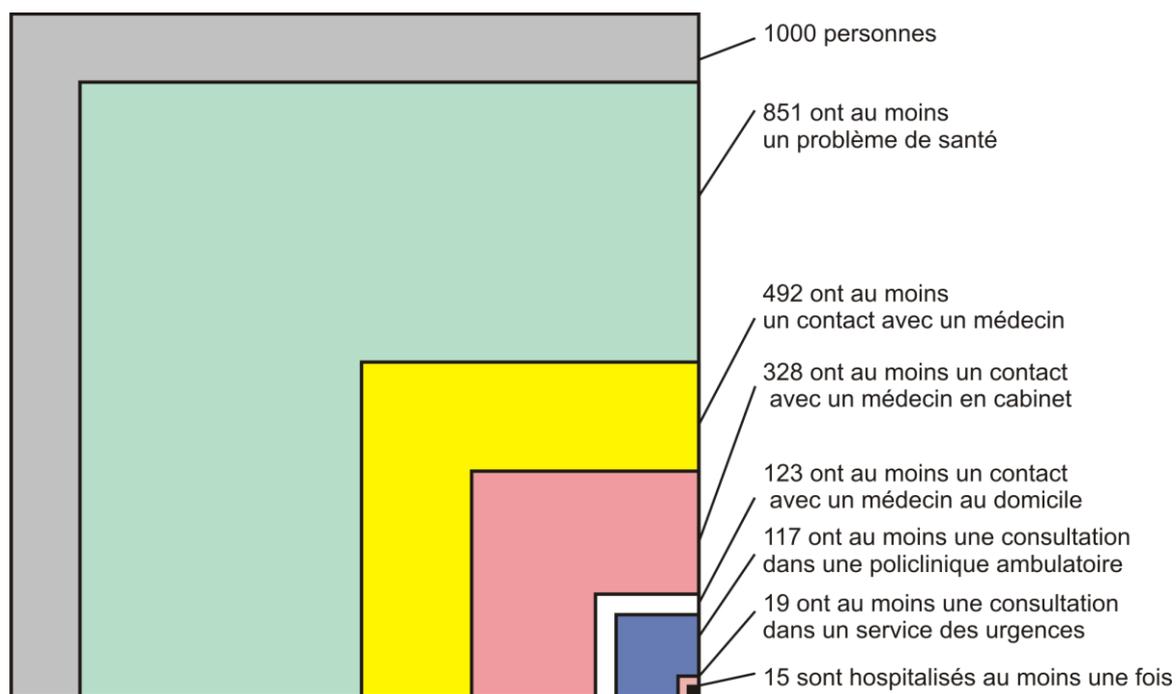


Figure 12. Écologie des soins de santé de deux communes liégeoises, suivant un modèle inspiré de Green (prévalence mensuelle exprimée pour 1000 personnes, ne concernant que les recours à des médecins)

Nos résultats concernant les communes belges sont présentés de la même manière que ceux concernant les communes vietnamiennes (Figures 12, 13, 14 et 15).

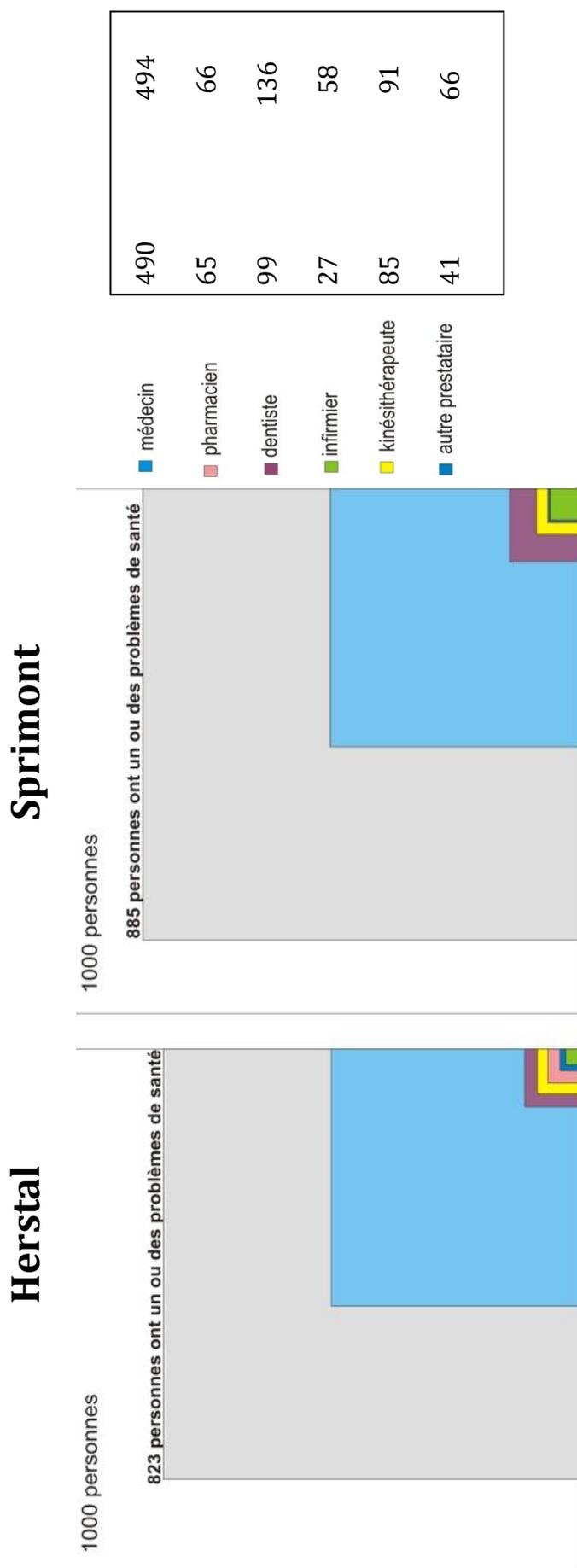


Figure 13. Prévalence mensuelle (rapportée à 1000 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le prestataire de soins, en Belgique

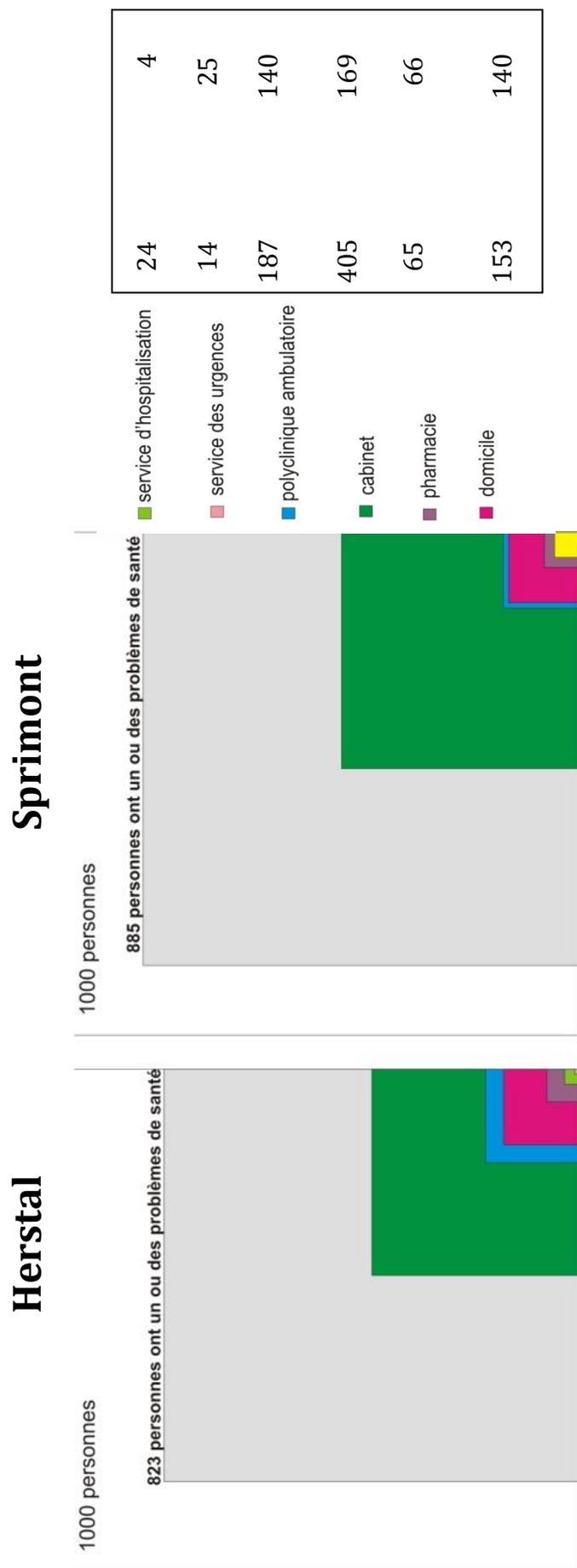


Figure 14. Prévalence mensuelle (rapportée à 1000 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le lieu de soins, en Belgique

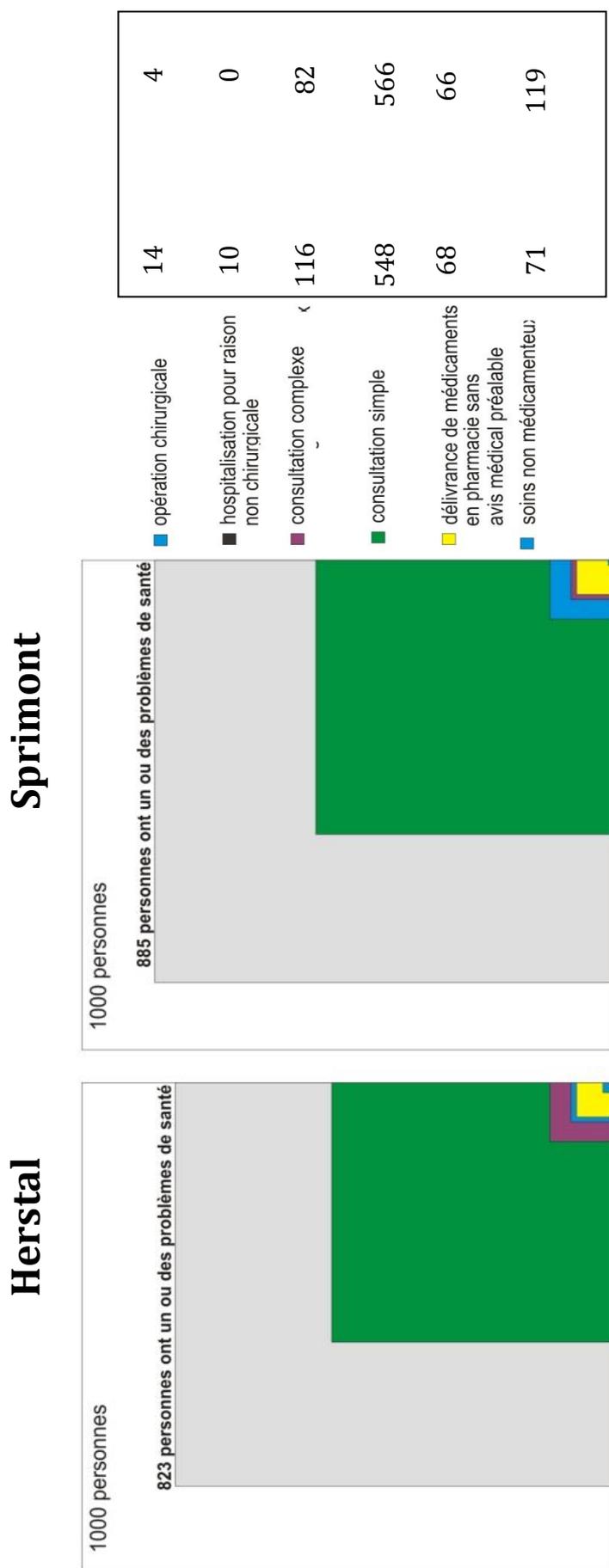


Figure 15. Prévalence mensuelle (rapportée à 1000 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le type de prestation, en Belgique

Par ailleurs, nous proposons également (Figures 16, 17 et 18) un autre format de présentation de l'écologie des soins de santé qui facilite une vision comparative entre les deux communes selon les prestataires, les lieux de soins et les prestations de soins.

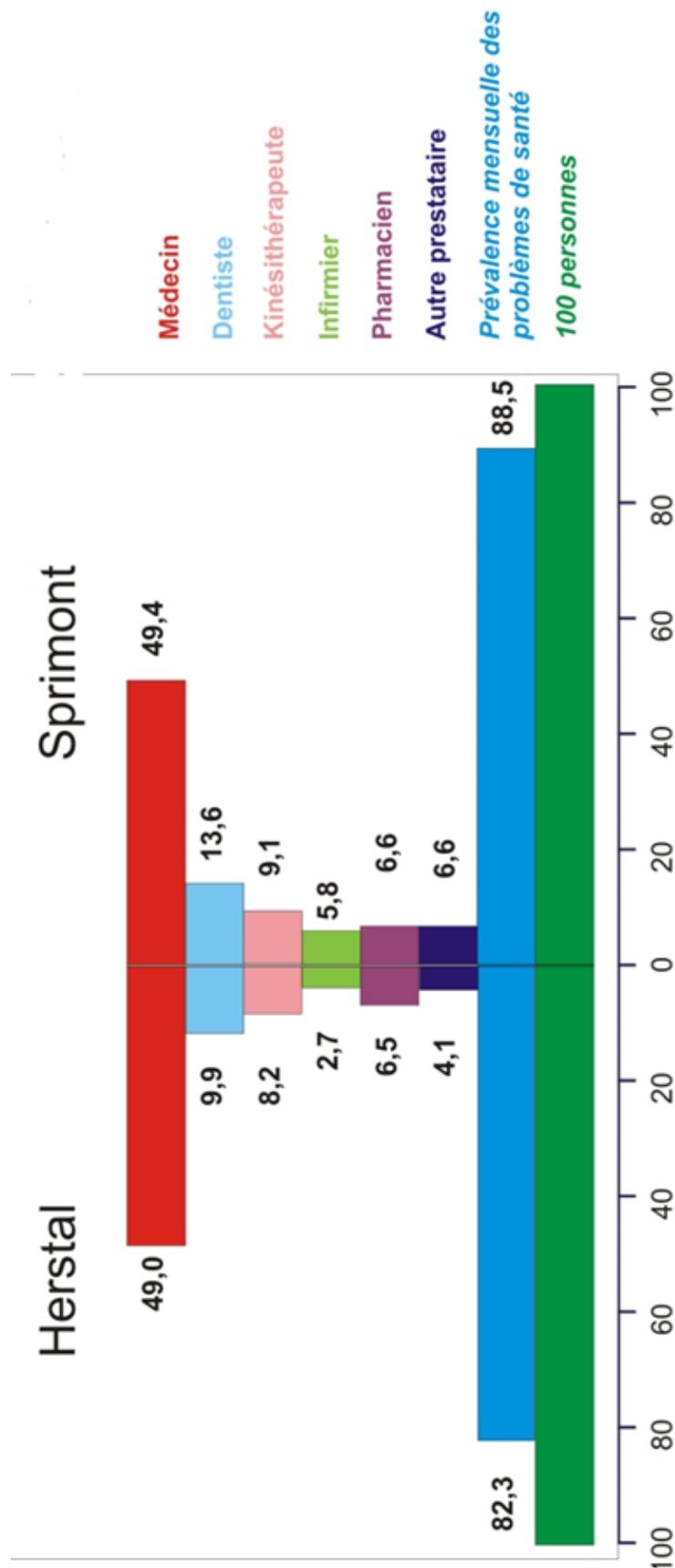


Figure 16. Prévalence mensuelle (rapportée à 100 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le prestataire de soins, en Belgique

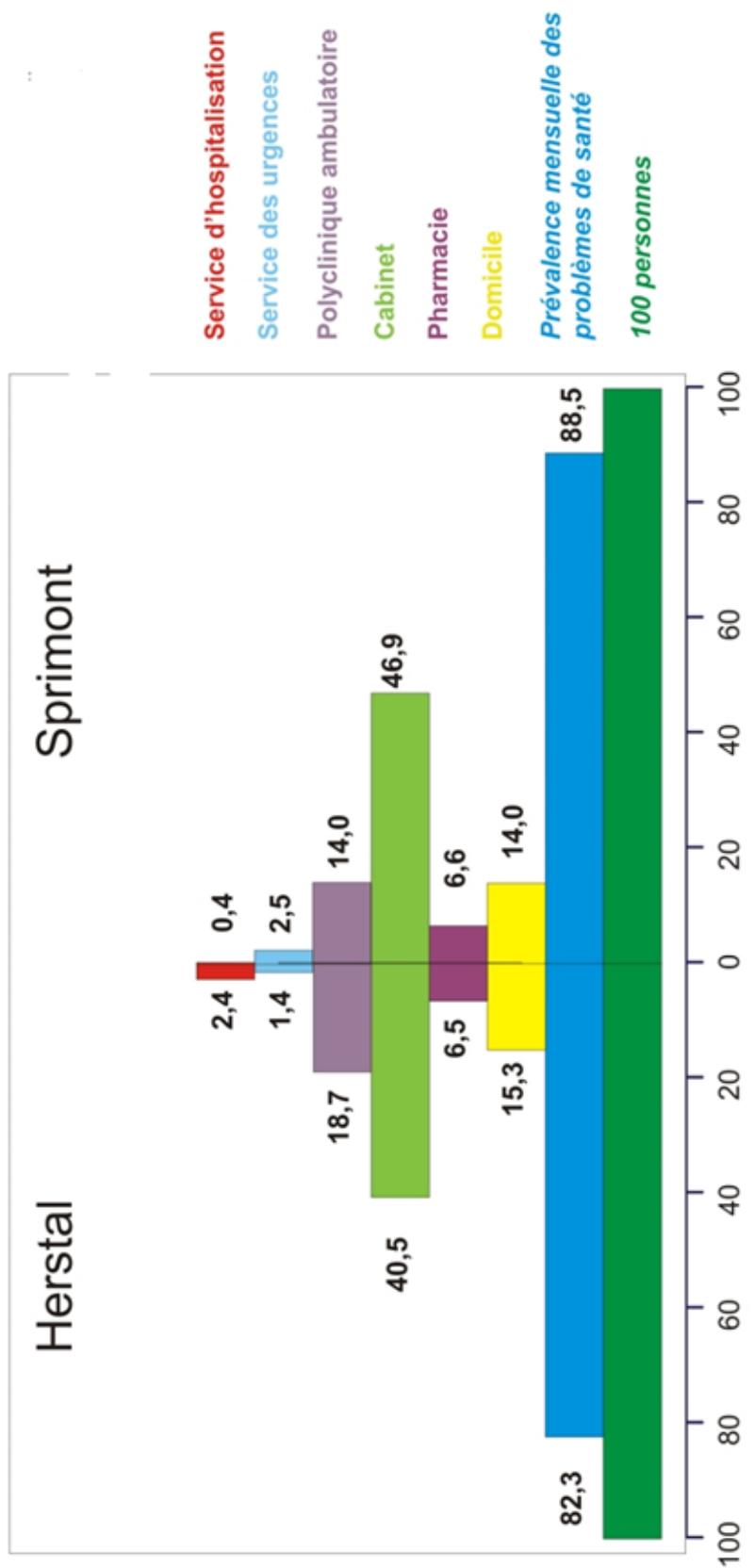


Figure 17. Prévalence mensuelle (rapportée à 100 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le lieu de soins, en Belgique

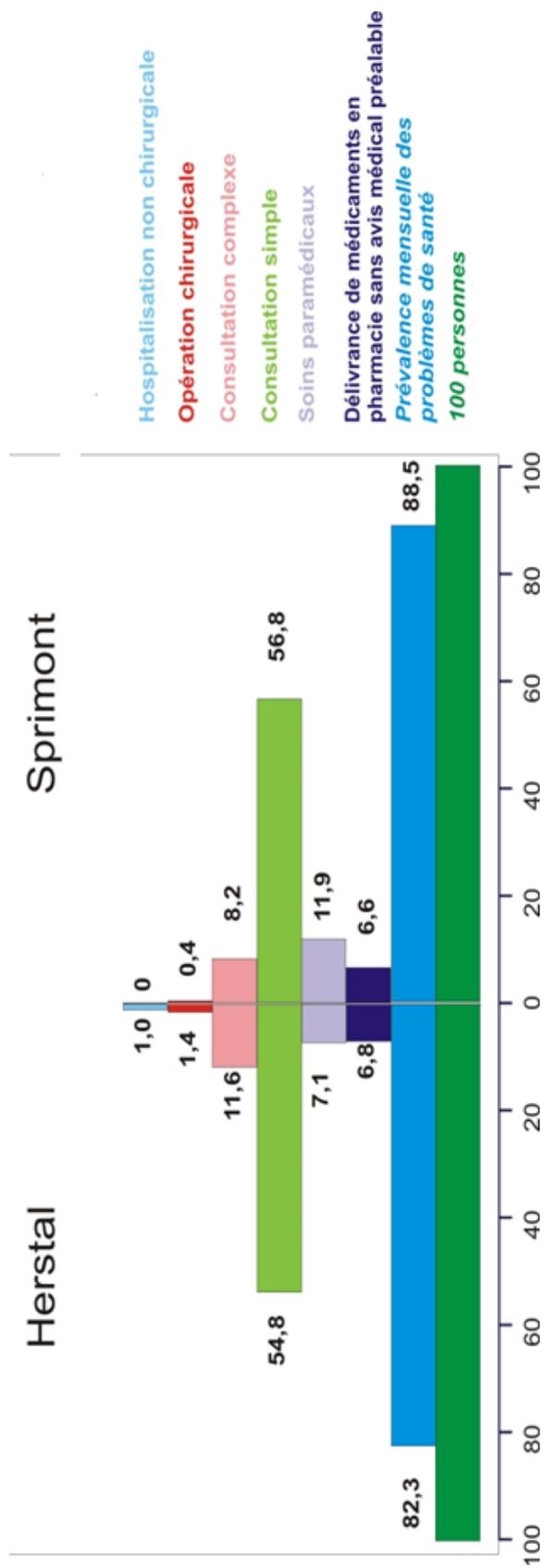


Figure 18. Prévalence mensuelle (rapportée à 100 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le type de prestation, en Belgique

3.3.4.2 Discussion

Le modèle de l'écologie des soins de santé imaginé il y a quarante ans par K. White apporte une vision intéressante du système de santé, au sens qu'il se concentre sur la population et non sur le système de santé ou les praticiens.

Aucune donnée basée sur la prévalence mensuelle des personnes ayant des problèmes de santé et ayant des recours n'était disponible en Belgique à ce jour. La présente étude constitue la première expérience belge autorisant une comparaison avec des travaux réalisés dans d'autres pays.

La prévalence mensuelle des problèmes de santé rencontrés dans notre échantillon est de 851 personnes pour 1000 habitants. Cette valeur s'avère très comparable à celles d'autres études menées dans des pays occidentaux.

Si l'étude *princeps* qui a porté sur la population anglo-américaine en 1961 montrait un chiffre de 750 personnes pour une population de 1000 habitants ³, les études plus récentes montrent des chiffres entre 800 et 860 personnes ^{2,8}.

Un peu plus de 40 % des personnes qui rapportent avoir présenté au moins un problème de santé ne recourent à aucun professionnel médecin.

Ceci souligne l'importance de la gestion autonome des problèmes de santé au sein de laquelle figurent l'automédication, mais également le recours direct à d'autres intervenants non-médecins, et plaide la cause de campagnes d'éducation et de promotion de la santé au sens large du terme, visant à accompagner la population dans ses choix.

Au niveau des recours en soins en santé, la prévalence mensuelle observée est élevée, témoignant probablement de la grande accessibilité aux soins médicaux en Belgique et de la grande densité de ces derniers.

Nous obtenons effectivement une mesure de 490 personnes sur 1000 pour les seuls contacts médicaux.

Il est difficile de faire une comparaison directe avec les résultats d'autres études en raison de la diversité des méthodologies de recherche, des indicateurs recueillis et surtout des spécificités de chaque système de santé.

La première version du carré de White avance un chiffre de 250 personnes sur 1000 qui ont mensuellement un contact avec un médecin.

Green et al. revoient ce nombre à la hausse en 2001, avec 327 habitants.

En Belgique, sur un mois, quasiment une personne sur deux rencontre un médecin.

Cette ampleur rappelle des résultats, précédemment publiés, de l'enquête nationale de santé par interview, en 2004 en Belgique.

Cette enquête montrait que 79% de la population consultait au moins une fois un médecin généraliste sur une période d'un an et 50% au moins une fois un médecin spécialiste dans le même temps ¹⁶.

Certains pourraient s'interroger sur une éventuelle surqualification des intervenants : tous ces problèmes de santé justifient-ils un contact médical ?

Question importante alors que de possibles transferts de compétences se discutent dans le système de santé belge, notamment des médecins vers des infirmières spécialisées dans le suivi d'affections chroniques ¹⁷.

L'analyse de la prévalence mensuelle calculée pour les lieux de recours montre la proportion importante de la population belge qui bénéficie de soins médicaux à domicile : 25 % des patients qui recourent à un médecin le reçoivent dans leur lieu de résidence.

Cette constatation n'est pas nouvelle, plusieurs travaux ont déjà démontré cette particularité du système de santé belge : chaque Belge bénéficie, en moyenne annuelle, de 1,6 visites à domicile, très majoritairement effectuées par un médecin généraliste pour 2,7 consultations au cabinet du généraliste et 2,1 consultations au cabinet du spécialiste ¹⁸.

Ici encore la justification de ces déplacements à domicile est interrogée car elle a un coût sociétal.

Concernant le nombre de personnes ayant recours au service des urgences d'un hôpital ou à une hospitalisation, nos chiffres sont plus ou moins comparables à ceux observés dans d'autres études ^{2,3,9,19}.

Une faible proportion de la population nécessite le recours à des soins intra-hospitaliers. Contrairement à la situation américaine, notre système de santé ne permet pas de distinguer clairement qui des 15 patients bénéficiant mensuellement de ces soins nécessitaient le recours à établissement de niveau universitaire. Dans notre pays, les hôpitaux universitaires assurent effectivement également des soins hospitaliers relativement courants.

La présente étude offre la caractéristique d'apporter une approche plus détaillée de l'écologie des recours en santé en Belgique, apportant des détails sur la nature des prestataires, des lieux et prestations de soins.

Conformément à d'autres observations ^{2,3,8,9}, une très large majorité de la population a recours à des prestataires et services de proximité, pour des problèmes de santé qui le plus souvent ne nécessitent peu ou pas d'actes techniques.

Une telle description peut trouver son utilité quand se discutent la répartition des ressources en santé entre les différents lignes de soins, le rôle de différents prestataires ou encore les besoins spécifiques en matière de formation de ces derniers.

À titre d'exemple, l'étendue du « conseil pharmaceutique » est également approchée : cette compétence qui fait l'objet de débats ces derniers temps concerne mensuellement plus de 6 % de la population générale (pour rappel, les contacts avec un pharmacien pour l'achat de médicaments sur prescription médicale n'étaient pas pris en compte dans les recours aux pharmaciens).

Pour autoriser une comparaison minimale et prudente avec des travaux antérieurs, nous avons fait le choix de recourir à la notion de prévalence mensuelle à l'image de la méthode adoptée par K. White. Cette mesure met l'accent sur la population en s'intéressant à la proportion d'habitants qui ont eu au moins un problème de santé ou un recours.

Une telle démarche comporte des limites : elle ne peut pas, par exemple, prétendre approcher la consommation de soins ou encore les besoins en santé ou les freins à l'accès aux soins. C'est pour cette raison que les chapitres suivants de l'analyse s'intéresseront à la consommation des soins, afin d'avoir une vision plus exhaustive du comportement en santé de la population. En effet, ici, nous ne nous intéressons plus à la prévalence mensuelle des problèmes de santé, mais aux types de recours en santé.

Nous avons opté pour une analyse groupée de deux populations aléatoires, supposées représentatives des populations urbaines et rurales belges. Même si les paramètres socio-démographiques et les données recueillies dans chaque sous-population sont très comparables, la taille de l'échantillon et sa représentativité peuvent prêter à débat.

Certaines différences entre les deux communes doivent certainement découler de conditions locales spécifiques comme, par exemple, la distance séparant les habitants des policliniques ou des établissements hospitaliers.

On constatera toutefois que nos observations restent très cohérentes avec l'évaluation du nombre moyen de contacts médicaux ambulatoires en Belgique qui est de 6,5-6,9 contacts/personne/année pour la période entre 1995 et 2008 ²⁰.

3.3.4.3 Conclusion

La présente analyse constitue la première publication relative à l'écologie des soins de santé en Belgique.

Elle permet une analyse assez détaillée des prévalences mensuelles des problèmes de santé et des recours dans une population de la région liégeoise.

Comme dans d'autres études du genre, une proportion importante de la population présente mensuellement des problèmes de santé et ces derniers trouvent majoritairement une solution dans des structures de soins de proximité.

Le recours aux médecins concerne une impressionnante proportion de la population. L'analyse des modèles illustrant l'écologie des soins de santé pose diverses questions qui alimentent les débats sur l'organisation du système de santé belge.

3.3.5 Comparaison entre deux pays : Vietnam - Belgique

3.3.5.1 Résultats

Pour rappel, dans les deux pays, au total, il y a 1209 interviewés dans 418 ménages. Le taux de réponses directes au questionnaire est de 62,9% en Belgique et de 47,6% au Vietnam (Tableau 3).

Pour la facilité du lecteur, le tableau 9 compare la prévalence mensuelle des personnes ayant un ou plusieurs recours en santé, dans chacun des deux pays.

Tableau 9. Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou des recours en santé, pour les deux pays.

		Belgique % (effectifs)	Vietnam % (effectifs)
Personnes interrogées (N)		537	672
Prévalence mensuelle des personnes ayant un ou plusieurs recours en santé		62,2 (334)	57,1 (384)
Professionnel de soins	Médecin	49,2 (264)	33,8 (227)
	Dentiste	11,5 (62)	0,0 (0)
	Infirmière	4,1 (22)	0,1 (1)
	Kinésithérapeute	11,2 (60)	0,0 (0)
	Pharmacien	6,5 (35)	26,0 (175)
	Autres prestataires	1,9 (10)	2,7 (18)
Lieu de soins	Service d'hospitalisation	1,5 (8)	1,8 (12)
	Service des urgences	1,9 (10)	0,1 (1)
	Policlinique ambulatoire	11,7 (63)	23,4 (157)
	Cabinet	43,4 (233)	9,8 (66)
	Pharmacie	6,5 (35)	26,0 (175)
	Domicile du patient	14,7 (79)	1,2 (8)
Type de prestation	Opération chirurgicale	0,9 (5)	0,7 (5)
	Hospitalisation sans chirurgie	0,6 (3)	1,2 (8)
	Consultation complexe	10,1 (54)	0,9 (6)
	Consultation simple	54,6 (293)	33,6 (226)
	Délivrance de médicaments sans avis médical préalable	6,7 (36)	26,0 (175)
	Soins non médicamenteux	9,3 (50)	0,6 (4)

Les figures 19, 20, et 21 présentent, côte à côte, les carrés de White de chaque pays, construits pour chaque paramètre.

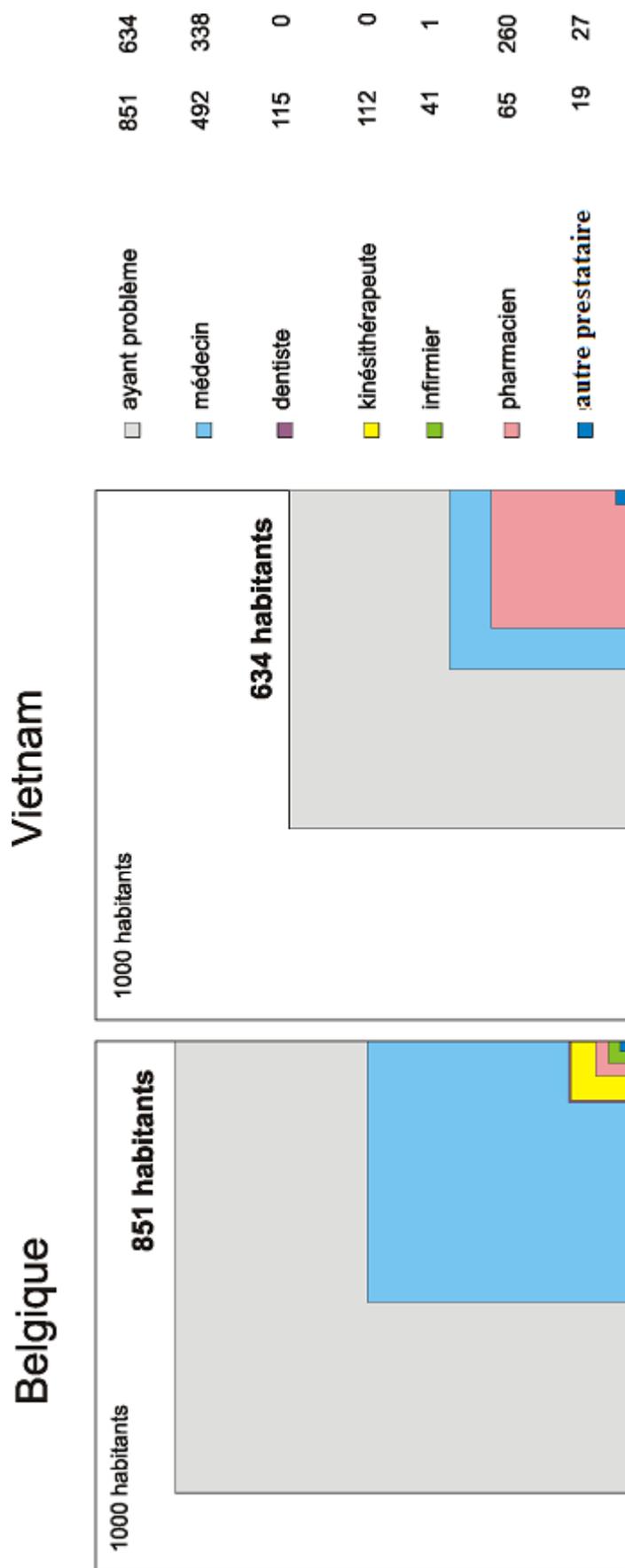


Figure 19. Prévalence mensuelle (rapportée à 1000 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le prestataire de soins, en Belgique et au Vietnam

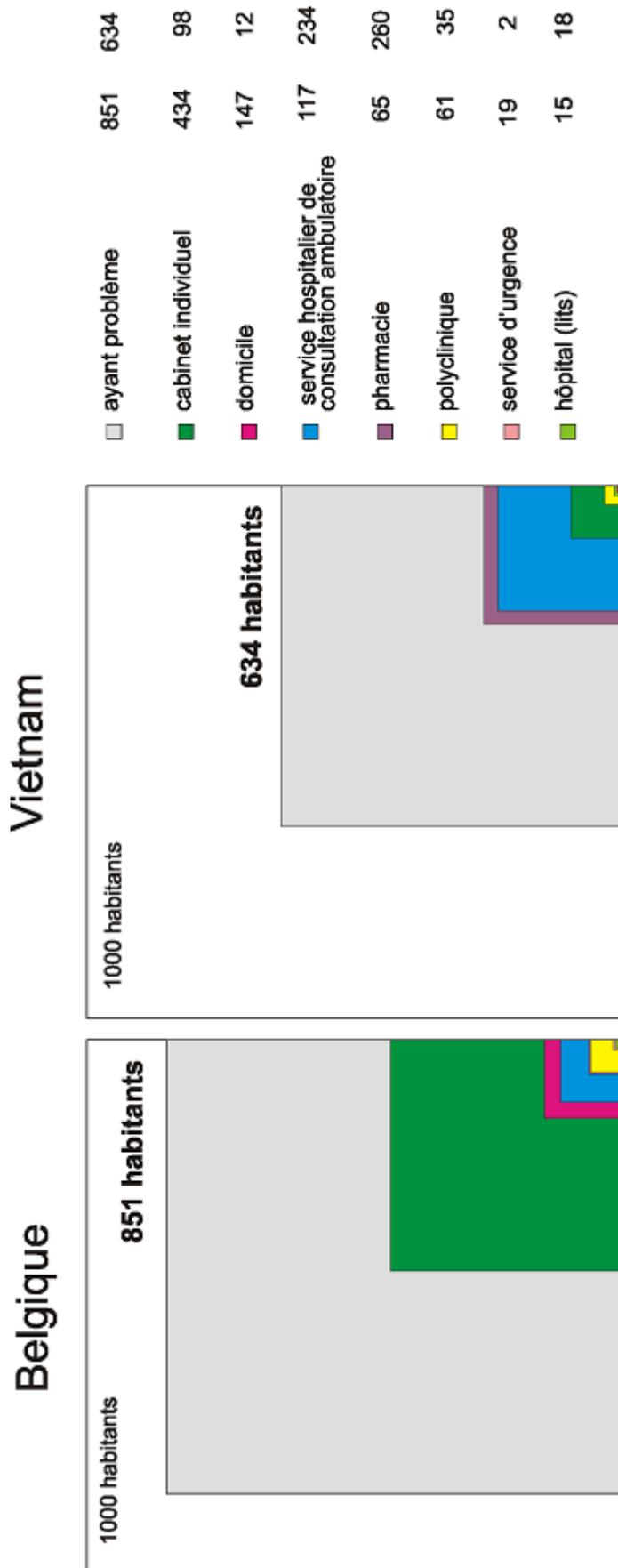


Figure 20. Prévalence mensuelle (rapportée à 1000 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le lieu de soins, en Belgique et au Vietnam

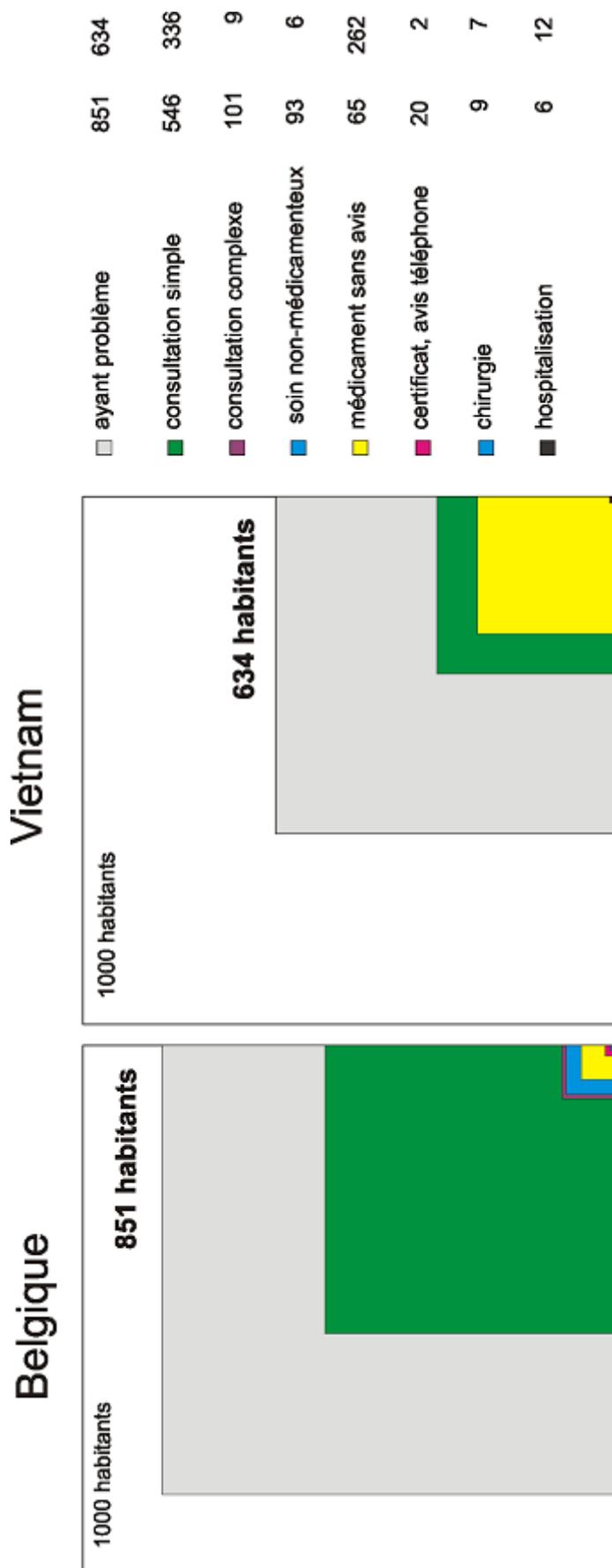


Figure 21. Prévalence mensuelle (rapportée à 1000 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le type de prestation, en Belgique et au Vietnam

Les figures 22, 23 et 24 utilisent le second mode de présentation déjà utilisé antérieurement.

Comme les postes de soins primaires du Vietnam n'ont pas de correspondant équivalent en Belgique, nous avons donc classé ce type de lieu de soins dans la catégorie des services hospitaliers de soins ambulatoires afin de permettre la comparaison visuelle entre les deux pays.

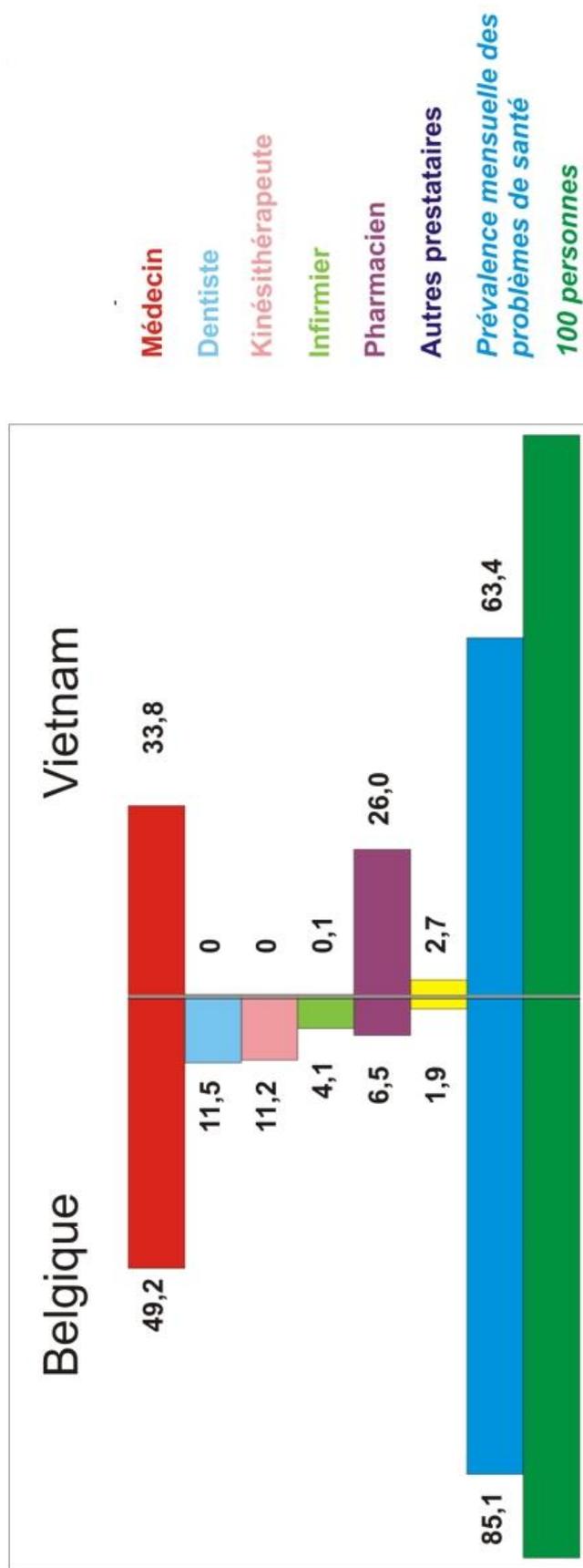


Figure 22. Prévalence mensuelle (rapportée à 100 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le prestataire de soins, en Belgique et au Vietnam

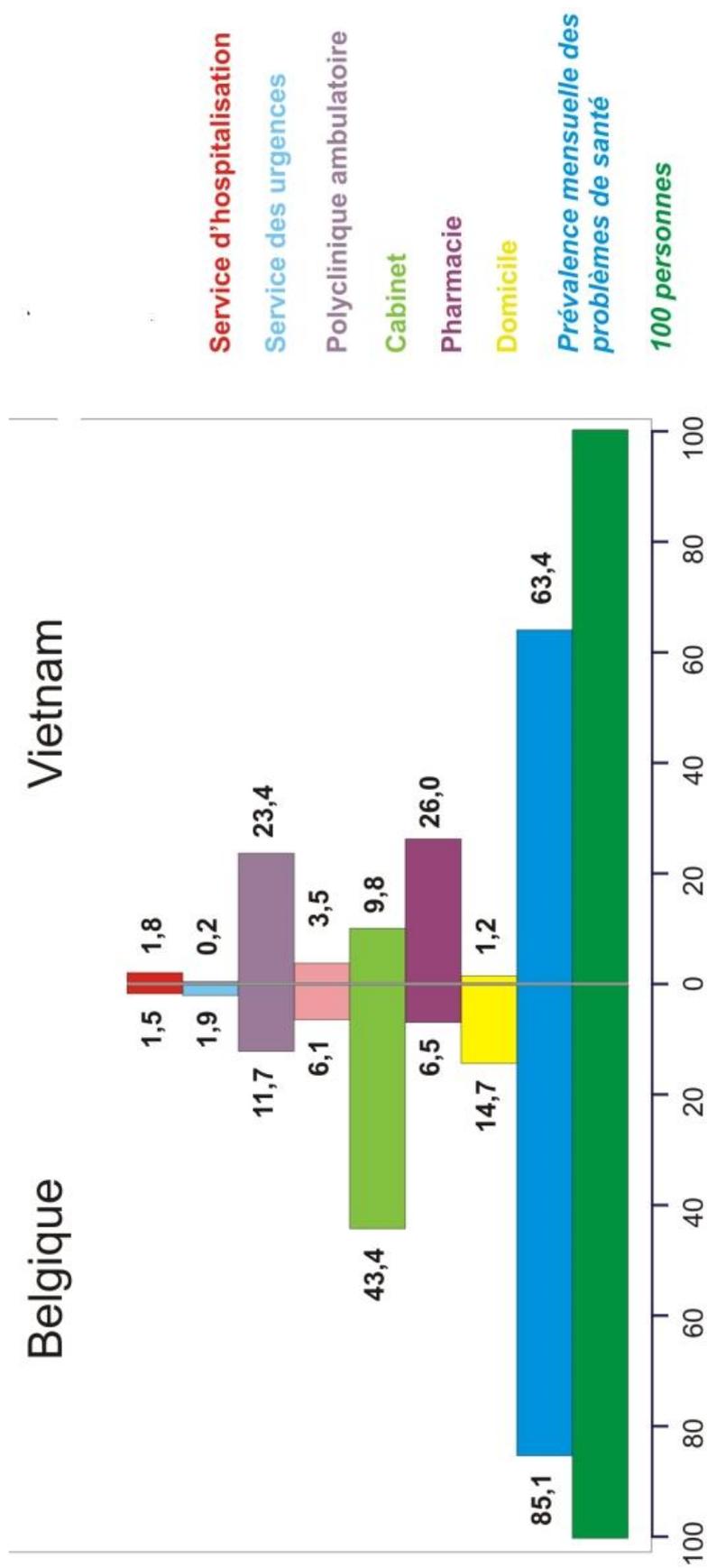


Figure 23. Prévalence mensuelle (rapportée à 100 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le lieu de soins, en Belgique et au Vietnam

1

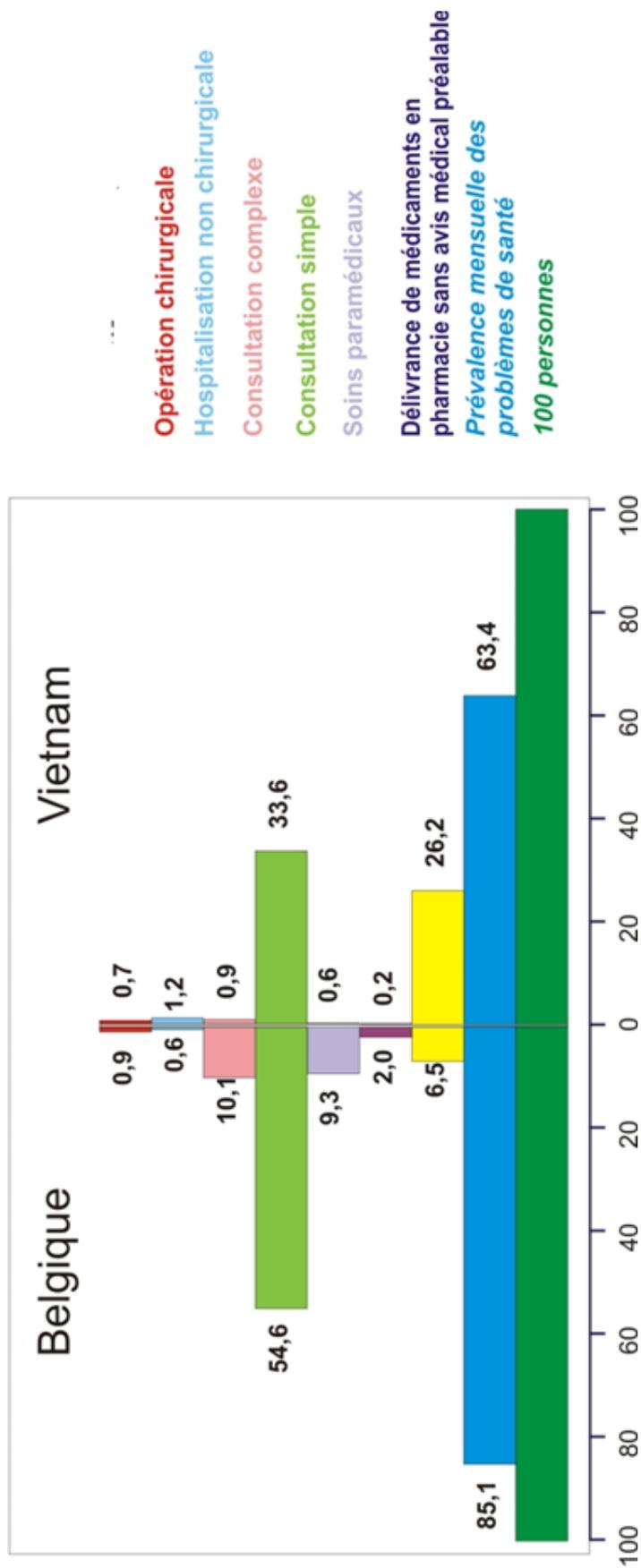


Figure 24. Prévalence mensuelle (rapportée à 100 personnes) des personnes ayant des recours en santé, selon le type de prestation, en Belgique et au Vietnam

3.3.5.2 Discussion

Utilisant le même indicateur que celui de K. White, nous avons calculé le nombre de personnes ayant au moins un problème de santé pendant un mois pour une population de 1000 habitants.

Le résultat en Belgique est de 851 pour 1000 personnes, ce qui est très comparable avec les résultats des autres pays occidentaux, comme les États-Unis (de 750 à 860 pour 1000 personnes)^{2,3,8}.

Au Vietnam, ce résultat est de 634 pour 1000 personnes. Ce chiffre est comparable avec celui relevé par diverses études en Asie : au Vietnam (414 pour 1000 personnes¹⁹) et à Hong-Kong (567 pour 1000 personnes⁷).

Le Tableau 10 tente une comparaison des principaux résultats des études publiées dans le domaine de l'écologie en santé. Cet exercice est toutefois difficile en raison du caractère hétérogène des contextes et des méthodes utilisées. Conscients de ces difficultés, il nous paraît toutefois intéressant d'avoir ce point de comparaison.

Tableau 10. Synthèse des principaux résultats des travaux traitant de l'écologie en santé

	White ³	White ⁹	Thacker ¹⁹	Green ²	Leung ⁷	Dovey ⁶	Dovey ⁶	Võ Thành Liêm
Année	1961	1973	1975	2001	2002	2003		2009
Population	USA	USA	USA	USA	Hong-Kong	0-17 ans USA	>=18ans USA	Belgique Vietnam
Ayant problème de santé	750		860	800	567			851 634
Ayant recours en santé				327	512			622 571
Soins à domicile				14		2	18	147 12
Pharmacie								65 260
Dentiste						82	73	115 0
Contact avec médecin (cabinet)	250	720	580	217	372	167	235	328 74
Contact avec spécialiste					68			
Service de polyclinique				21		8	26	166 234
Service d'urgence	5			13	16	13	13	19 1
Hôpital régional	9	100	80	8	7	3	10	15 18
Hôpital universitaire	1	10	18	1	1			

En matière de recours aux soins de santé, de manière identique pour les deux pays, le médecin est le prestataire de soin le plus consulté.

L'enquête étant basée sur un entretien rétrospectif avec le patient, la spécialisation des médecins n'a pas toujours été précisée avec certitude, surtout sur le versant vietnamien de l'étude.

Au niveau des données belges, nous avons remarqué une participation importante d'autres professionnels de santé non-médecins comme l'infirmier, le kinésithérapeute, le dentiste, etc.

Par contre, au Vietnam, c'est le pharmacien qui est le plus consulté après le médecin, avec une grande proportion de contacts exclusivement pour acheter des médicaments sans avis préalable du médecin (automédication).

Cet aspect a déjà été bien documenté dans d'autres études au Vietnam ^{12, 21}.

La participation du dentiste, de l'infirmier et du kinésithérapeute dans les soins au Vietnam est presque inexistante dans notre étude.

Pour ce qui est du lieu de recours, de la même manière dans les deux pays, seule une petite proportion des patients a recours à des soins dans les structures de deuxième ou de troisième lignes, comme le service des urgences ou l'hôpital.

Cet aspect a été également démontré dans d'autres études portant sur divers contextes ^{3,5-8}.

En Belgique, les patients préfèrent recevoir les soins soit dans un cabinet individuel, soit à leur domicile, et, dans ce dernier cas, les soins sont alors assurés par le médecin de famille, l'infirmier ou le kinésithérapeute.

D'après le sondage national de 2005 en Belgique, les soins assurés dans le cabinet d'un médecin généraliste ou spécialiste sont 3,09 fois plus fréquents que ceux assurés au domicile du patient (50.720.140 consultations au cabinet contre 16.384.691 visites à domicile ¹⁸).

Ce résultat n'est pas très différent de celui de notre étude qui identifie un facteur de 3,16.

Au Vietnam, l'identification des lignes de soins n'est pas très claire.

Comme l'ont fait d'autres études au Vietnam ^{14, 15}, nous avons montré deux tendances lourdes : une pratique importante de l'automédication et une surcharge de soins ambulatoires au niveau de l'hôpital.

Les patients vietnamiens recourent davantage à la pharmacie en première intention pour l'accès rapide à des médicaments sans avis médical.

Comme les médicaments sont en vente libre en pharmacie, ils sont à la fois plus accessibles et beaucoup moins chers qu'une visite médicale, surtout dans le cadre de pathologies courantes.

Ces deux constats soulignent le défi majeur que le système de santé vietnamien doit rencontrer : réussir la structuration et l'usage effectif d'une première ligne de soins efficace.

C'est probablement la seule réponse possible à ce constat qui montre que les demandes en soins sont actuellement gérées en deux lieux principaux inappropriés : la pharmacie, moins chère mais moins efficiente en terme de soins et le service des consultations externes de l'hôpital, très cher et souvent suréquipé en regard de la plupart des problèmes à prendre en charge.

Si l'analyse des lieux où s'expriment les recours en soins approche quelque peu les demandes en soins de la population, les besoins réels en termes de soins sont plutôt reflétés par notre analyse des types de prestations.

Dans les deux pays, en termes d'approche des besoins en santé, notre analyse de l'écologie des soins aboutit à des résultats comparables à ceux d'autres études ^{2,3,6,7}.

Seule une minorité des personnes interrogées a rencontré un réel besoin de soins hospitaliers (passer au moins une nuit à l'hôpital ou bénéficier d'un acte chirurgical).

La plupart des soins dispensés se limite à une consultation simple ou une utilisation de médicaments.

La différence entre les deux pays se marque par le fait que la consultation est largement majoritaire en Belgique, tandis qu'au Vietnam, l'automédication prend une place très importante.

Ce constat pose naturellement la question de la qualité et de l'efficacité des soins ainsi dispensés à la population.

3.3.5.3 Conclusion

Cette étude permet une comparaison de l'écologie de soins de santé entre deux systèmes de santé fort différents.

Les soins complexes sont rarement utilisés identiquement dans chaque pays. La réponse aux besoins de soins primaires est très différente.

En Belgique, les patients comptent sur les pratiques locales et les soins à domicile, au Vietnam, les patients utilisent davantage les services de la pharmacie et les consultations ambulatoires des hôpitaux surchargés, ce qui pose une question d'efficacité.

La comparaison du modèle du carré de White entre la Belgique et le Vietnam amène donc plusieurs réflexions, tant les contrastes sont importants. Pourtant, la discussion peut difficilement être menée plus loin.

En effet, le modèle de l'écologie des soins est basé sur un indicateur – la prévalence mensuelle des patients – qui repose plutôt sur la personne : les analyses qui en découlent, n'explorent pas l'ampleur des recours.

Cette limitation nous a incités à procéder à une autre approche plus orientée vers l'analyse des soins médicaux. C'est le sujet du prochain chapitre : la consommation en soins de santé.

3.3.5.4 Références

1. Horder J, Horder E. Illness in general practice. *Practitioner*. 1954;173:177-87.
2. Green LA, Fryer GE, Jr., Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med*. 2001;344:2021-5.
3. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med*. 1961;265:885-92.
4. Giet D. [Ecology of medical care, the square of White, primary care and general practice]. *Rev Med Liege*. 2006;61:277-84.
5. Fryer GE, Jr., Green LA, Dovey SM, Yawn BP, Phillips RL, Lanier D. Variation in the ecology of medical care. *Ann Fam Med*. 2003;1:81-9.
6. Dovey S, Weitzman M, Fryer G, et al. The ecology of medical care for children in the United States. *Pediatrics*. 2003;111:1024-9.
7. Leung GM, Wong IO, Chan WS, Choi S, Lo SV. The ecology of health care in Hong Kong. *Soc Sci Med*. 2005;61:577-90.
8. Thacker SB, Greene SB, Salber EJ. Hospitalizations in a southern rural community: an application of the 'ecology model'. *Int J Epidemiol*. 1977;6:55-63.
9. White KL. The ecology of medical care: origins and implications for population-based healthcare research. *Health Serv Res*. 1997;32:11-21.
10. Yawn BP, Fryer GE, Phillips RL, Dovey SM, Lanier D, Green LA. Using the ecology model to describe the impact of asthma on patterns of health care. *BMC Pulm Med*. 2005;5:7.
11. Chou LF. The ecology of mental health care in Taiwan. *Adm Policy Ment Health*. 2006;33:492-8.
12. Ha NT, Berman P, Larsen U. Household utilization and expenditure on private and public health services in Vietnam. *Health Policy Plan*. 2002;17:61-70.
13. Ministry of Health Vietnam. Joint annual health review 2011 of Vietnam: Strengthening management capacity and reforming health financing to implement the five-year health sector plan 2011–2015. In. Hanoi; 2011:1-220.

14. Nguyễn HH, Ohman A, Lundborg CS, Nguyễn TKC. Drug use and health-seeking behavior for childhood illness in Vietnam--a qualitative study. *Health Policy*. 2007;82:320-9.
15. Nguyễn ĐK, Nguyễn VT, Lê TTX, Eriksson B, Hojer B, Diwan VK. Primary health concept revisited: where do people seek health care in a rural area of Vietnam? *Health Policy*. 2002;61:95-109.
16. Demarest S, Gisle L, Hesse E, Miermans P-J, Tafforeau J, Heyden Jvd. Synthèse: Enquête de Santé par Interview en Belgique. Belgique: Institut scientifique de la santé publique; 2004.
17. Giet D. Les grands défis à relever en médecine générale. *La Revue de la Médecine générale*. 2008;252:154-6.
18. Corens D. Health system review: Belgium Health Systems in Transition. 2007;9:1-172.
19. Thacker P. Ecology. A new wind sweeps the plains. *Science*. 2001;292:2427. 1996;49:989-95.
20. Gerkens S, Merkur S. Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2010;12:1-266.
21. Dương HL, Nguyễn HL, Dương ĐT, et al. report on review of primary health care performance in Vietnam. Hanoi; 2004.

3.4 Consommation en soins de santé

3.4.1 Introduction

Les pays signataires de la déclaration d'Alma Ata (1978) privilégiaient les soins de santé primaires.

La première ligne de soins y était considérée comme la clé pour une progression équitable en santé de la population.

En effet, la première ligne de soins fournit l'accès universel aux soins de santé, la couverture principale des besoins en santé, la participation communautaire aux programmes de santé, ainsi que l'adoption d'approches intersectorielles de la santé.

L'objectif principal était d'atteindre davantage d'équité en matière de santé dans le cadre d'un développement orienté vers la justice sociale.

Après 30 ans de progrès en matière de santé dans plusieurs pays en voie de développement, l'OMS a rappelé les valeurs de la déclaration d'Alma Ata dans son rapport annuel de 2008 ¹.

Ce rapport attire l'attention des pays sur l'existence d'une tendance au détournement des valeurs fondamentales indispensables à un système de santé performant. Il mentionne ainsi l'hospitalo-centrisme, la fragmentation des ressources sanitaires et une marchandisation accrue des services sanitaires ¹.

Sur base de données factuelles, l'OMS a appelé à une mobilisation de tous les acteurs pour renforcer les soins de santé primaires.

Comme nous l'avons évoqué dans la première partie de ce travail, le Vietnam avait adopté une politique de santé basée sur un réseau étendu de postes de soins primaires (PSP).

Des années 1960 aux années 1980, ces postes médicaux de proximité donnaient accès à des soins gratuits, ce qui a contribué à accroître l'espérance de vie et à diminuer le taux de mortalité infantile ².

La réforme économique de 1986 (*Doi Moi*) et la réforme du système sanitaire national de 1989 ont conduit à la disparition de la gratuité systématique des soins de santé, la légalisation du secteur sanitaire privé, la possibilité de vente libre de médicaments et la libéralisation de l'industrie pharmaceutique ^{3,4}.

En conséquence, d'une part, le réseau de PSP s'est trouvé orphelin, sans le soutien adéquat de l'État ³⁻⁶, et a, du même coup, subi une dégradation sensible de sa qualité ; d'autre part, le système sanitaire s'est tourné vers une marchandisation des services ⁶⁻⁸. Cette marchandisation facilite un mode de pratique lucratif, qui a transformé de façon inappropriée les demandes en santé de la population, sous la

forme d'une consommation excessive de services spécialisés dans les hôpitaux^{3,7,9} et un affaiblissement du recours au secteur public.

Ce travail vise à analyser comment la population utilise les services de santé mis à sa disposition.

Nous étudierons uniquement ici les recours à des professionnels de santé.

Notre approche consiste ainsi à montrer la répartition de la consommation en santé dans les deux pays pour en objectiver la différence.

Cette approche nous fournira ainsi des éléments complémentaires aux données récoltées par l'analyse avec le « modèle d'écologie en santé ».

3.4.2 Méthode

Sur base des données recueillies dans les enquêtes menées dans les deux pays, nous avons extrait des éléments concernant l'utilisation du système de soins de santé.

Nous avons considéré tous les recours à des professionnels de santé ayant eu lieu pendant le mois précédant la visite de l'enquêteur.

Les soins sans contact avec un prestataire n'ont pas été inclus dans nos analyses (par exemple : l'utilisation de médicaments disponibles à la maison, la prise de tisane, etc.).

Pour chaque recours, deux informations ont été retenues : le lieu de contact et le service réalisé par le professionnel de santé.

Rappelons que les lieux de contact ont été classés en six catégories : hôpital, service hospitalier de consultation ambulatoire, policlinique (institution multidisciplinaire n'offrant pas d'hospitalisation, poste de soins primaires), cabinet individuel, pharmacie et domicile.

Les services réalisés par les professionnels ont, eux aussi, été classés en cinq modalités : hospitalisation, consultation (simple ou complexe avec des interventions techniques telles qu'examens de laboratoire, d'imagerie médicale, etc.), soins non médicamenteux, délivrance de médicaments avec avis médical et délivrance de médicaments sans avis médical (sans ordonnance).

L'analyse n'a porté que sur les données de la première visite. Pour comparer les données des deux populations, nous avons utilisé le test T de Student pour les variables quantitatives et le test du Chi-carré pour les variables nominales.

3.4.3 Résultats

1209 personnes ont été interrogées dans les 418 ménages inclus dans notre enquête. 1729 recours au système de santé ont été enregistrés. Pour quelques professionnels, les contacts ont été répétés au cours du mois. Ils ont été comptabilisés comme autant de recours. Par exemple, pour un kinésithérapeute intervenant deux fois par semaine, 8 recours auront été enregistrés (Tableau 11).

Tableau 11. Distribution des recours en fonction de la fréquence de contact du prestataire.

Prestataires (Nombre)	Fréquence de contact (Nombre de recours/mois)	Recours comptabilisés (Nombre de recours)
3	30	90
1	15	15
3	12	36
6	8	48
2	4	8
13	2	26
1506	1	1506
		1729

En moyenne, durant le mois de l'enquête, il y a eu 1,04 recours par personne au Vietnam (nombre équivalent pour les deux communes vietnamiennes) et 1,92 recours par personne en Belgique (respectivement 1,71 et 2,18 pour Herstal et Sprimont) (Tableau 12).

Tableau 12. Recours au système de soins par habitant, dans les 2 pays.

Variable	Belgique			Vietnam			Entre les 2 pays p
	Herstal	Sprimont	Pays	Tan Binh	Thu Duc	Pays	
Personnes interrogées	294	243	537	331	341	672	
Recours (/personne)	502 (1,71)	529 (2,18)	1031 (1,92)	344 (1,04)	354 (1,04)	698 (1,04)	<0,001 [#]

comparaison de valeurs en utilisant le test T Student

Ces recours ont entraîné la prestation de différents services en différents lieux (Figures 25 et 26, et Tableaux 13 et 14).

En Belgique, les prestations se faisaient principalement en cabinet individuel, alors que, au Vietnam, c'était le service hospitalier de consultation ambulatoire qui était le plus sollicité (respectivement 431 et 292 contacts).

La consultation apparaissait comme le service le plus fréquemment recensé.

En Belgique, il y avait une partie importante de soins non médicamenteux.

Dans les deux pays, enfin, une faible proportion de personnes avait recours à des soins spécialisés tels que l'hospitalisation.

Les tableaux 13 et 14, qui croisent les lieux et les services, montrent que les soins à domicile sont beaucoup plus fréquents en Belgique qu'au Vietnam. Les Vietnamiens n'ont évoqué que des consultations alors que les Belges ont eu recours à des services plus variés : des soins non médicamenteux (dans plus d'un cas sur deux) et des consultations. Enfin, les deux pays ont des proportions opposées en matière de délivrance de médicaments en pharmacie (avec ou sans ordonnance) : au Vietnam, 5 fois plus de délivrances se sont faites sans ordonnance, alors qu'en Belgique, c'est le rapport inverse qui s'observe.

Tableau 13. Répartition des services réalisés en fonction du lieu de contact en Belgique

Belgique								
	Délivrance de médicaments sans avis médical	Délivrance de médicaments avec avis médical	Soins non médicamenteux	Consultation	Hospitalisation	Total	Effectifs	
Pharmacie	3,7	15,9				19,6	202	
Domicile			13,1	11,4		24,5	253	
Cabinet individuel			4,7	37,1		41,8	431	
Polyclinique			0,2	3,9		4,1	42	
Service hospitalier de consultation ambulatoire				8		8	82	
Hôpital			0,1	1,1	0,8	2	21	
Total sur tous les contacts	3,7	15,9	18,1	61,5	0,8	100	1031	

Tableau 14. Répartition des services réalisés en fonction du lieu de contact au Vietnam

Vietnam							
	Délivrance de médicaments sans avis médical	Délivrance de médicaments avec avis médical	Soins non médicamenteux	Consultation	Hospitalisation	Total	Effectifs
Pharmacie	30,1	6				36,1	252
Domicile				2,1		2,1	15
Cabinet individuel			0,4	11,1		11,5	80
Policlinique				6,3		6,3	44
Service hospitalier de consultation ambulatoire			0,2	41,7		41,9	292
Hôpital				0,1	2	2,1	15
Total sur tous les contacts	30,1	6	0,6	61,3	2	100	698

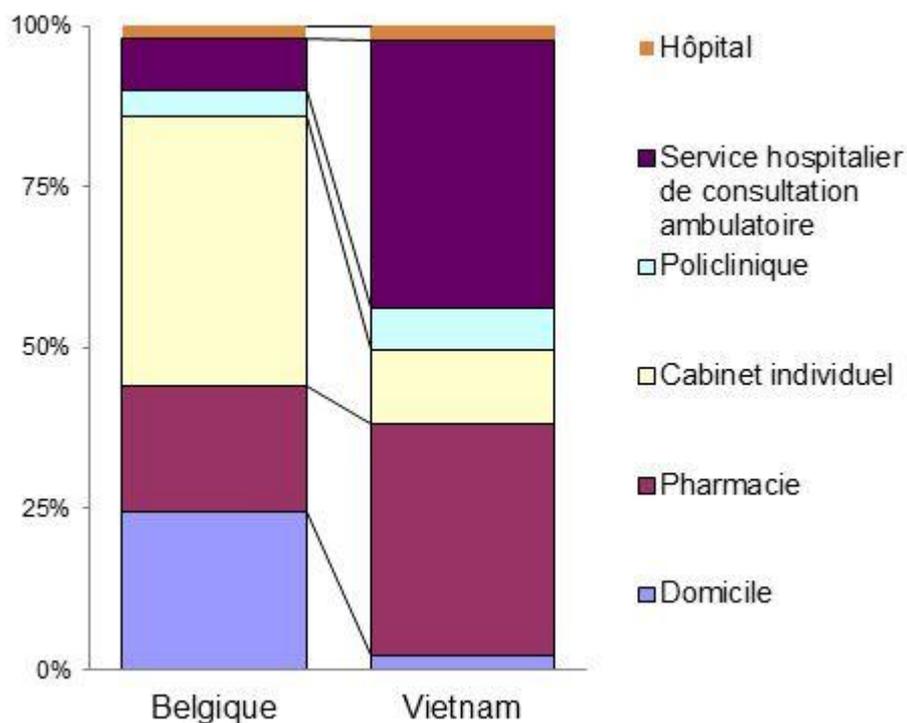


Figure 25. Répartition des lieux de soins selon les pays

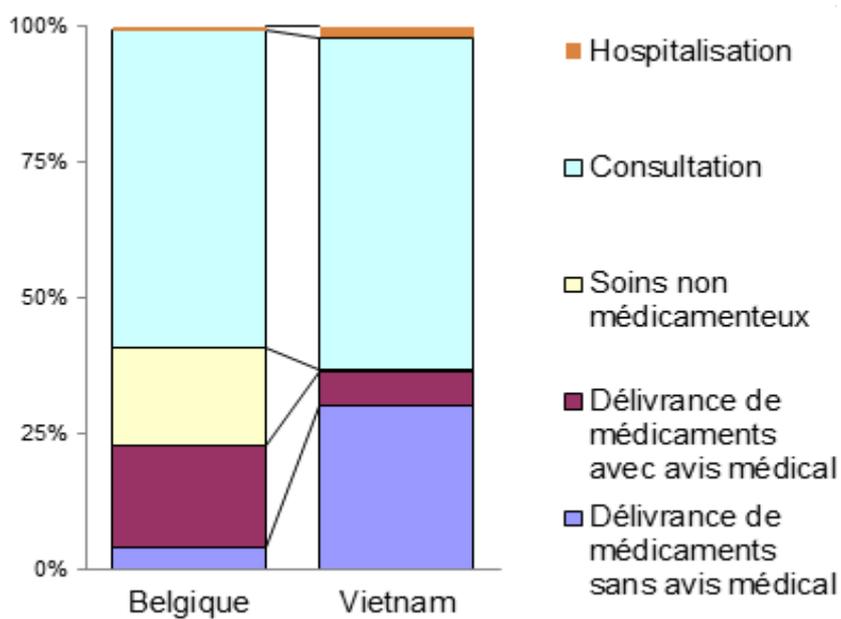


Figure 26. Répartition des prestations de soins selon les pays.

3.4.4 Discussion

L'enquête a mis en évidence que le nombre de contacts avec des professionnels, par personne interviewée, était toujours sensiblement plus élevé en Belgique qu'au Vietnam ce qui tendrait à démontrer une plus grande consommation de soins en termes absolus en Belgique.

Pourtant, cette comparaison doit être évoquée avec réserve, car le nombre de contacts dépend du nombre et du type de problèmes de santé, de l'offre de services et de nombreux facteurs socio-culturels.

Nous ne pouvons pas isoler un élément et ne pas tenir compte des autres paramètres qui sont en relation avec le premier.

En conséquence, la comparaison directe, se basant sur les chiffres absolus, ne peut pas alimenter la discussion.

Par contre, les indicateurs relatifs, comme la répartition du type de consommation selon le lieu de contact par exemple, sont des éléments utiles en vue de mieux comprendre la consommation de soins des ménages vietnamiens, en regard de ce qui se fait en Belgique.

L'enquête a montré que la consultation était le service presté majoritairement dans les deux pays (Figure 26). Par contre, les services requérant une haute technicité comme l'hospitalisation ne représentaient qu'un très faible pourcentage de l'ensemble des services apportés par les professionnels de la santé. Ces résultats sont en accord avec ceux d'autres études internationales ¹⁰⁻¹².

Environ quarante ans plus tard, de nouvelles études fournissaient des chiffres comparables ¹¹⁻¹².

Au Vietnam, en 2001, une enquête nationale montrait que,

- pendant un mois, un tiers de la population faisait face à un problème de santé,
- seulement 5% de la population devaient s'aliter,
- très peu de patients devaient être soignés à l'hôpital ⁴.

De même, en Belgique, d'après les données du bureau régional européen de l'Organisation Mondiale de la Santé, le nombre d'hospitalisations était de 0,164 par habitant pendant une année, alors que celui des contacts ambulatoires était de 7,1 par habitant pour une année (soit 43 fois plus important) ¹³.

Ces résultats permettent d'alimenter la réflexion sur la répartition des ressources au sein du système de santé. Les valeurs de la déclaration d'Alma Ata, promue il y a 30 ans et dans laquelle les pays membres avaient affirmé l'importance de soins de santé primaires, sont donc toujours d'actualité ⁶.

Les populations des deux pays adoptent des comportements différents dans la manière d'utiliser les services de soins de santé. D'abord, en termes de recours à la pharmacie, où le Vietnam est caractérisé par une plus grande proportion de délivrance de médicaments sans ordonnance (et donc sans avis médical), comme cela a déjà été évoqué, en concordance avec d'autres études ^{3,4,14}.

Avec une large gamme de médicaments en vente libre et à prix modéré, le réseau de pharmacies est devenu un système sanitaire de proximité pour les patients vietnamiens ⁴, avec 21600 pharmacies et distributeurs privés⁷ répartis sur tout le territoire. Ce réseau a pris progressivement le rôle des PSP, relativement abandonnés par la population depuis plusieurs années.

Cependant, la qualité des services offerts par les pharmaciens est discutable. En effet, les pharmaciens n'ont probablement pas la formation adéquate, notamment en termes de diagnostic. La délivrance de médicaments sans avis médical peut conduire à une aggravation de la maladie ou retarder d'autres interventions éventuellement nécessaires.

La facilité à se procurer des médicaments peut, également, engendrer chez les patients une consommation médicamenteuse inadaptée à leurs problèmes de santé.

Il faut aussi souligner qu'au Vietnam, certains cabinets médicaux et polycliniques proposent la délivrance de médicaments lors de la consultation. Ceci explique, en partie, la faible proportion de vente de médicaments avec ordonnance en pharmacie.

En Belgique, la vente de médicaments sans ordonnance était nettement moins importante que celle avec ordonnance.

En effet, les patients, dont la plupart disposent d'une couverture assurance maladie universelle ¹⁵, bénéficient de l'achat de médicaments dont le coût est partiellement pris en charge par le système de soins, en cas de prescription ¹⁵. Ils préfèrent donc aller voir leur médecin avant de passer à la pharmacie. Par ailleurs, peu de médicaments sont disponibles sans ordonnance.

Les contacts au domicile du patient sont très limités au Vietnam (2,1%).

La visite d'un médecin à domicile est une pratique coûteuse, qui est toujours à charge du patient ; ce service est donc rarement sollicité.

Les Belges, par contre, ont déclaré une importante proportion de contacts avec des professionnels de santé à leur domicile.

Ces résultats correspondent à ceux de l'INAMI (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité) où un quart des consultations réalisées par un médecin (généraliste, le plus souvent) sont des visites à domicile ¹⁵.

Cette différence souligne la difficulté à assurer la continuité et la globalité des soins dans le contexte vietnamien, alors même que c'est l'une des recommandations de l'OMS ¹.

Le cabinet médical, la polyclinique et le service hospitalier de consultation ambulatoire proposent une même gamme de services, mais, dans les deux pays, la distribution de ces services est différente selon les lieux.

En Belgique, le cabinet du médecin traitant joue le rôle de première ligne du système de santé et absorbe la plupart des besoins de soins de santé de la population.

Le médecin généraliste constitue donc bien le point d'entrée du système sanitaire en accord avec les recommandations de l'OMS en termes de traitement rapide des plaintes, de prévention et d'équité en santé ¹.

Pour renforcer cette tendance sociétale, des mesures politiques récentes promouvant le statut de médecin généraliste ont vu le jour. On peut citer la reconnaissance du statut de médecin généraliste, l'encouragement à la gestion d'un dossier médical pour chaque patient, le remboursement avantageux des soins primaires par l'assurance maladie, l'amélioration de l'accessibilité aux soins, l'encouragement de la pratique médicale collective, etc. ¹⁵.

Au Vietnam, en revanche, les patients s'adressent davantage aux services ambulatoires de l'hôpital ; la plupart des soins en santé ne s'y limitent qu'à une consultation. Ce résultat explique bien la situation de surcharge des hôpitaux et la récente déstructuration des lignes de soins du système sanitaire du Vietnam.

Plus particulièrement, au Vietnam, avec l'application des décrets gouvernementaux N° 43/2006/ND-CP et 69/2008/ND-CP, qui donnent plus d'autonomie financière aux établissements publics, les hôpitaux ont adopté des mesures radicales pour attirer toujours plus de patients, y compris dans le cas de pathologies légères ⁷.

3.4.5 Conclusion

En dépit des différences culturelles entre les deux pays, la consultation simple apparaît comme la principale réponse au recours de santé dans les deux pays. Mais les similitudes s'arrêtent là.

Le système de soins en Belgique possède comme caractéristiques une grande proportion de soins au cabinet et au domicile formant une première ligne de soins où le médecin généraliste est l'acteur principal.

Le Vietnam se caractérise, en revanche, par une surcharge inappropriée des hôpitaux et une automédication problématique.

Ces différences peuvent s'expliquer principalement par la différence de structuration du système sanitaire entre les deux pays.

Toutefois, on pourrait nous opposer l'idée que ces différences de consommation s'expliquent également par une différence de problèmes de santé entre les deux pays.

C'est donc en vue d'explorer cette hypothèse, et de vérifier son incidence, que notre travail s'est également attaché à procéder à une étude épidémiologique des problèmes de santé entre les populations des deux pays. C'est à la présentation de cette analyse que nous allons à présent nous livrer.

3.4.5.1 Références

1. World Health Organization., Lerberghe Wv. Primary health care : now more than ever. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.
2. Nguyễn NN. Health sector development and economic reform in a transitional economy: Vietnam in 1989-1997 [Ph.D. thesis]. Manchester: The university of Manchester; 1997.
3. Dương HL, Nguyễn HL, Dương ĐT, et al. Report on review of primary health care performance in Vietnam. Hanoi; 2004.
4. Ha NT, Berman P, Larsen U. Household utilization and expenditure on private and public health services in Vietnam. *Health Policy Plan* 2002;17:61-70.
5. Fritzen SA. Legacies of primary health care in an age of health sector reform: Vietnam's commune clinics in transition. *Soc Sci Med* 2007;64:1611-23.
6. Witter S. 'Doi moi' and health: the effect of economic reforms on the health system in Vietnam. *Int J Health Plann Manage* 1996;11:159-72.
7. Ministry of Health Vietnam. Joint annual health review 2008 health financing in Vietnam In. Hanoi; 2008:1-147.
8. Sepehri A, Chernomas R, Akram-Lodhi H. Penalizing patients and rewarding providers: user charges and health care utilization in Vietnam. *Health Policy Plan* 2005;20:90-9.
9. Trivedi PK. Patterns of health care utilization in Vietnam : analysis of 1997-98 Vietnam Living Standards Survey Data: The World Bank; 2002 Feb.
10. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961;265:885-92.
11. Green LA, Fryer GE, Jr., Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 2001;344:2021-5.
12. Leung GM, Wong IO, Chan WS, Choi S, Lo SV. The ecology of health care in Hong Kong. *Soc Sci Med* 2005;61:577-90.
13. World Health Organisation. European health for all database (HFA-DB). In: Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010.
14. Nguyễn HH, Ohman A, Lundborg CS, Nguyễn TKC. Drug use and health-seeking behavior for childhood illness in Vietnam--a qualitative study. *Health Policy* 2007;82:320-9.
15. Corens D. Health system review: Belgium Health Systems in Transition 2007;9:1-172.

3.5 Épidémiologie des problèmes de santé

3.5.1 Introduction

L'écologie des soins de santé et la consommation de soins dans les deux pays ont été abordées dans les chapitres précédents. Nous avons été interpellés par l'ampleur des différences de consommation de soins et nous avons voulu savoir si des différences de pathologies pouvaient les justifier.

À partir de cette question pratique, nous avons analysé l'épidémiologie des problèmes de santé dans notre enquête.

Nos données ont permis de donner une perception de la réalité dans la population générale, sans aucun filtre de sélection (patients hospitalisés, maladies chroniques, etc.).

La comparaison directe de deux modèles épidémiologiques – celui de la Belgique représentant les pays développés et celui du Vietnam illustrant les pays émergents – permettra de se concentrer sur les pistes de développement du système de santé vietnamien.

Récemment, le Vietnam a connu une transition épidémiologique. La charge importante des maladies tropicales cède la place à celle des maladies non transmissibles : (hypertension artérielle, diabète, obésité, etc.)¹.

Selon les données statistiques nationales, le changement a été majeur en seulement 7 ans (de 1998 à 2005).

La proportion des maladies non transmissibles a augmenté de 39,5% à 62,2% pendant cette période¹. Cependant, ces données n'englobent pas l'automédication, les soins ambulatoires ni les soins fournis par le secteur sanitaire privé.

D'après l'enquête nationale réalisée en 2001-2002, il y avait une hospitalisation pour 30 consultations en soins ambulatoires. Ce ratio est comparable à ceux des études internationales^{2,3}.

Comme les études ne se basent que sur les données des hôpitaux, une part importante des besoins en santé de la population ne sont pas pris en compte dans ces statistiques (plaintes et symptômes sans diagnostic, demandes administratives)^{1,4}.

Tout ceci doit être complété afin de fournir une base réaliste à la politique sanitaire nationale.

Le présent travail va introduire un nouvel aperçu de la répartition des problèmes en santé de la population générale.

3.5.2 Méthodologie

Au cours de l'étude, nous avons extrait tous les problèmes de santé déclarés par la population générale dans les deux pays pendant les deux mois d'enquête.

Comme nous l'avons décrit dans le protocole, les enquêteurs ont gardé les termes utilisés par les personnes interviewées, de façon à conserver le maximum d'objectivité dans l'information recueillie.

Après l'enquête, ces données ont été encodées en CISP2 (Classification Internationale des Soins Primaires, version électronique 4.2e) et traduites en vietnamien dans le cadre de notre travail.

Les détails de ce travail de traduction de la CISP sont présentés dans les chapitres qui suivent.

L'encodage a été mené à l'aide d'un logiciel à interface intuitive, mis au point par notre équipe. Les problèmes de santé à coder en CISP étaient présentés à l'écran à côté d'un résumé détaillé de chaque interview (annexe 7) de façon à en couvrir toutes les composantes, mais sans redondance.

L'encodage a été fait séparément en Belgique et au Vietnam par des personnes formées à cet effet.

Les problèmes de santé ont été catégorisés comme « nouveau problème » si l'évolution était inférieure à un mois, et comme « problème ancien » si le début était antérieur à la première visite et qu'il demandait encore des soins à ce moment.

Dans notre étude, nous avons utilisé les tests de *Kolmogorov-Smirnov* adaptés à des variables non paramétriques (dans le cas de 2 groupes indépendants) et Median (dans le cas de plus de 2 groupes indépendants).

L'hypothèse statistique était la comparabilité des distributions des problèmes de santé.

3.5.3 Répartition des types de problèmes à Liège - Belgique

3.5.3.1 Résultats

Durant les 2 mois de suivi, nous avons enregistré 2642 problèmes de santé auprès des 537 personnes interrogées. En moyenne, chaque personne a déclaré 4,91 problèmes de santé pendant cette période (soit 2,46 problèmes de santé/mois/personne). 1849 problèmes (70%) étaient nouveaux, et 793 problèmes (30%) étaient anciens selon nos critères (Tableau 15).

Entre les deux communes liégeoises, la différence du nombre moyen de problèmes déclarés par habitant était statistiquement significative ($p=0,012$).

Cette différence a été trouvée dans le groupe des nouveaux problèmes ($p=0,004$), alors qu'aucune différence statistiquement significative n'a été trouvée dans le groupe des problèmes anciens ($p=0,38$) (Tableau 15).

Tableau 15. Les problèmes de santé rapportés pendant les deux mois d'enquête dans les deux pays

	Herstal	Sprimont	p	Total	Tan Binh	Thu Duc	p	Total	p
	294	243		537	331	341		672	
Nb Problèmes	1337	1305		2642	555	575		1130	
Nb Problèmes/habitant	4,55	5,37	0,012	4,91	1,67	1,69	0,939	1,68	<0,001
Nb Problèmes nouveaux/habitant	3,15	3,79	0,004	3,44	1,11	1,26	0,118	1,19	<0,001
Nb Problèmes anciens/habitant	1,39	1,58	0,380	1,47	0,56	0,42	0,070	0,49	<0,001

La distribution des pathologies était différente dans les deux communes belges (Tableau 16).

Tableau 16. Répartition en pourcentages des pathologies dans les systèmes encodés en CISP pour les quatre communes.

Type de systèmes encodé en CISP	Herstal	Sprimont	Tan Binh	Thu Duc
Nombre de problèmes déclarés (effectifs)	1337	1305	555	575
A-Problème général et non spécifié	9,2	11,2	12,8	16,2
B-Sang, système hématologique et immunologique	0,7	0,5	0,0	0,9
D-Système digestif	13,8	13,3	13,0	11,8
E-Œil	2,5	1,8	2,0	1,4
H-Oreille	0,8	0,6	1,3	1,2
K-Système cardio-vasculaire	8,3	8,4	18,0	15,3
L-Système ostéo-articulaire	16,2	15,1	16,9	16,9
N-Système neurologique	10,8	7,5	4,7	5,6
P-Psychologie	6,6	8,1	1,1	0,5
R-Système respiratoire	11,0	11,6	21,4	21,9
P-Peau	6,5	9,3	2,7	3,7
T-Métabolisme, nutrition, endocrinologie	9,1	7,0	5,2	2,6
U-Système urinaire	0,7	1,4	0,7	0,3
W-Grossesse, accouchement et planification familial	0,6	0,4	0,2	1,0
X-Système génital féminin	2,7	2,9	0,0	0,7
Y-Système génital masculin	0,4	0,2	0,0	0,0
Z-Social	0,1	0,8	0,0	0,0

En moyenne, dans les deux communes belges, les systèmes les plus touchés étaient l'ostéo-articulaire (15,6%), le digestif (13,5%), et le respiratoire (11,3%).

La répartition des pathologies entre anciens et nouveaux problèmes était différente ($p < 0,001$) (Figure 27).

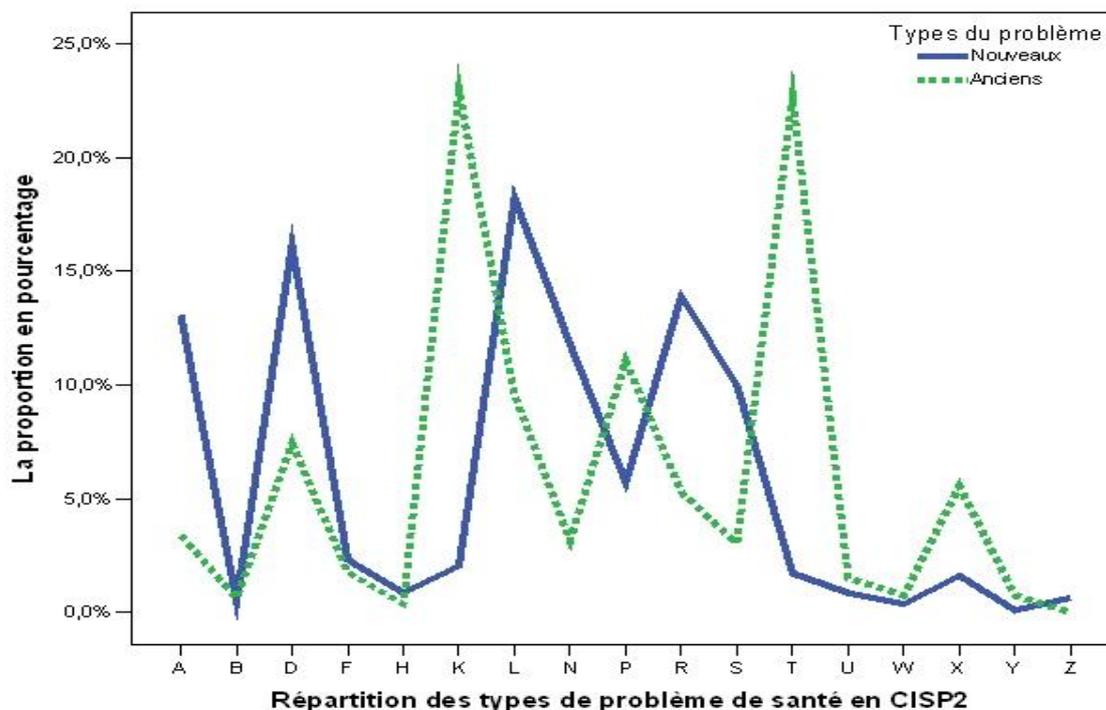


Figure 27. Répartition des problèmes de santé par système, selon le type de problèmes, en Belgique.

(Les lignes ne correspondent pas à une progression, elles sont là pour faciliter la comparaison)

Dans les nouveaux problèmes, les systèmes les plus touchés étaient l'ostéo-articulaire (18,2%), le digestif (16,1%) et le respiratoire (13,9%). Dans les anciens problèmes, les systèmes les plus touchés étaient le cardio-vasculaire (23%), le métabolique (22,7%) et le psychologique (11,1%).

L'âge (Figure 28) et le sexe (Figure 29) avaient un impact significatif ($p < 0,001$) sur la distribution des pathologies, au contraire de la période d'enquête (Figure 30) ($p = 0,532$), la commune de résidence (Figure 31) ($p = 0,687$), le statut d'assuré ($p = 0,884$) ou l'existence d'une assurance complémentaire privée ($p = 0,236$). Les sous-groupes analysés sont donc statistiquement comparables.

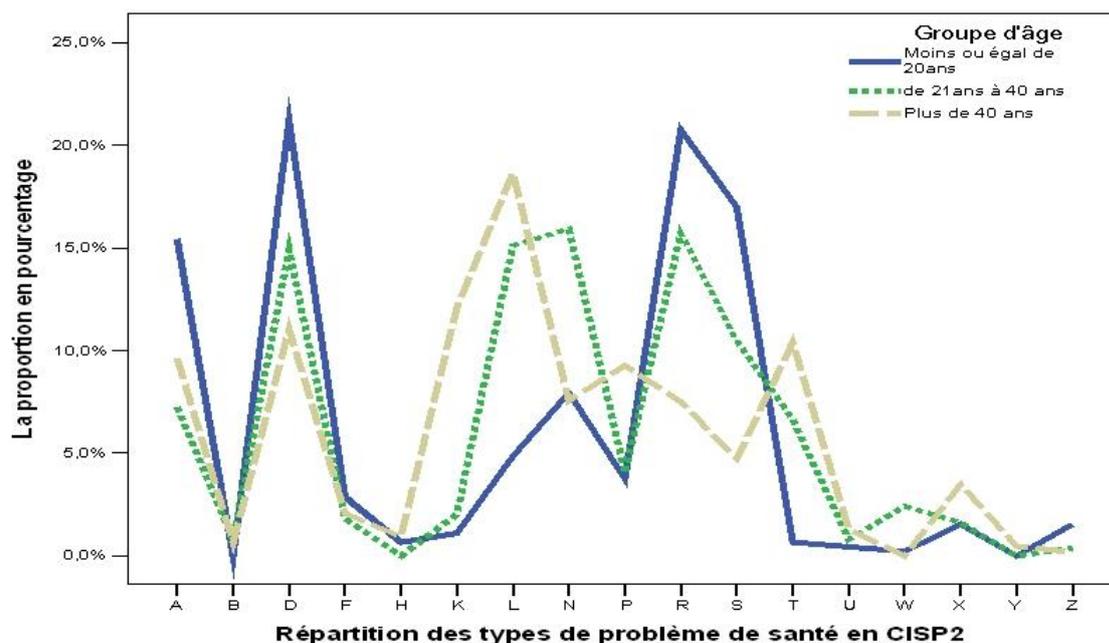


Figure 28. Répartition des problèmes de santé par système, selon le groupe d'âge en Belgique

(Les lignes ne correspondent pas à une progression, elles sont là pour faciliter la comparaison)

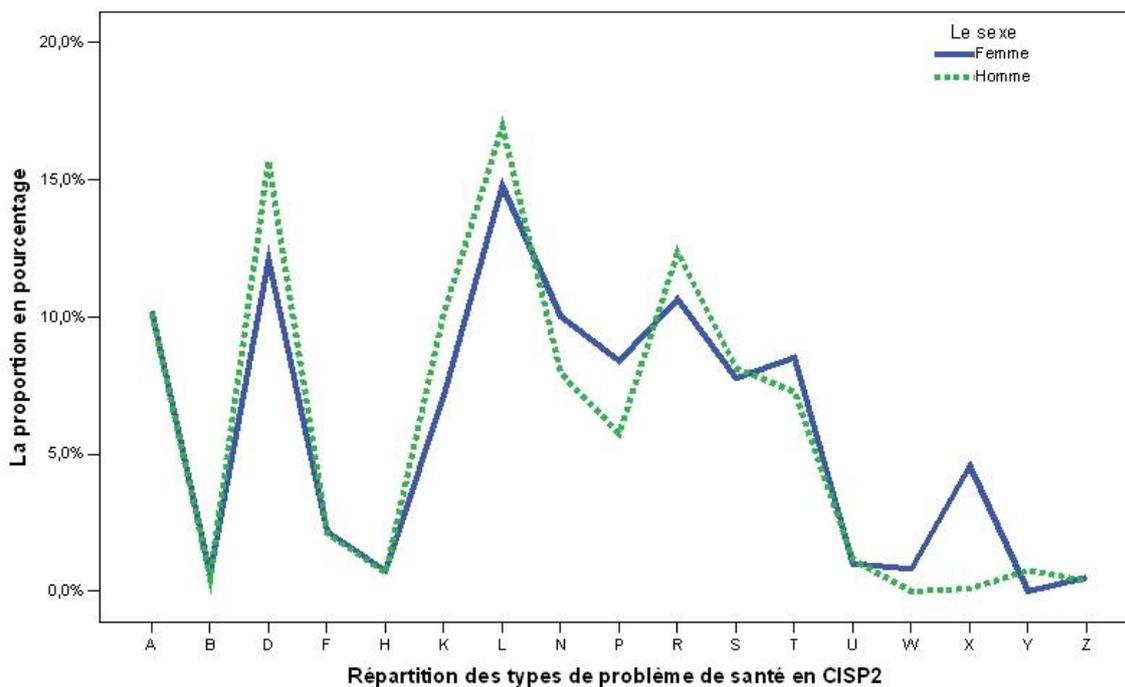


Figure 29. Répartition des problèmes de santé par système, selon le sexe en Belgique

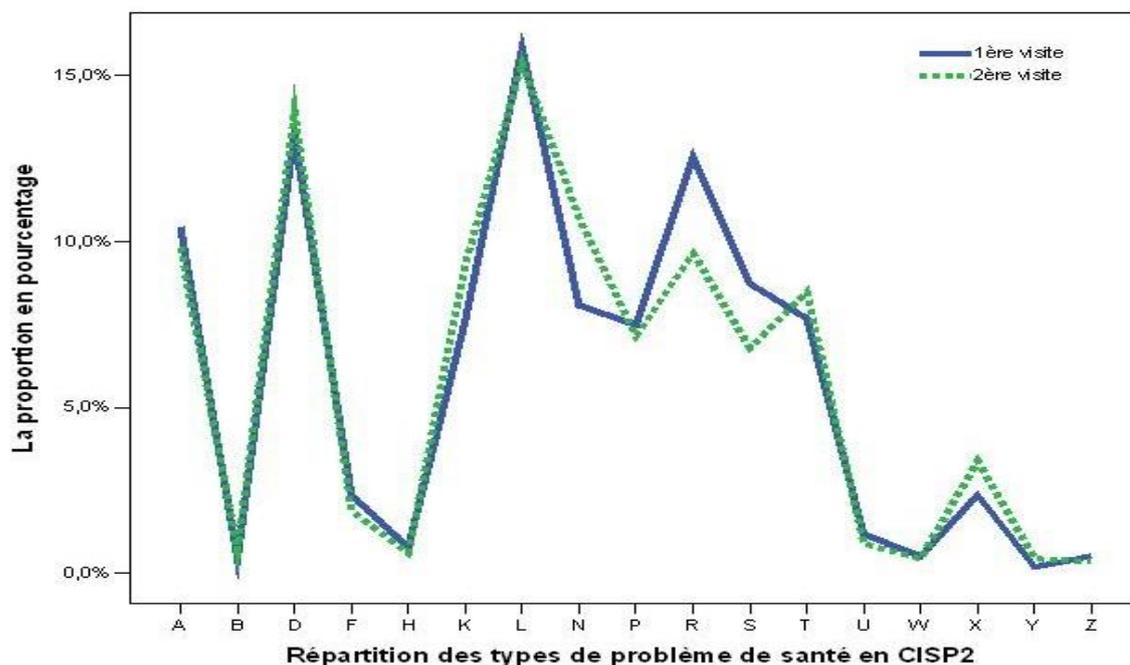


Figure 30. Répartition des problèmes de santé par système, selon la période de recueil, en Belgique.

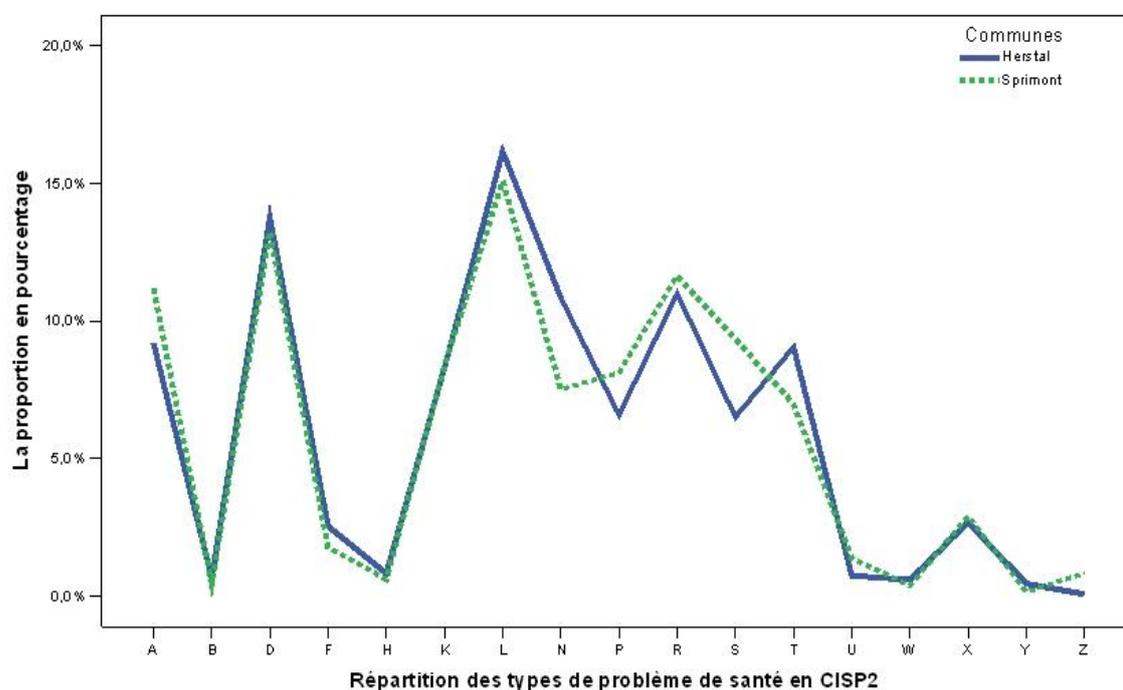


Figure 31. Répartition des problèmes de santé par système selon la commune de résidence, en Belgique

50% des problèmes de santé sont identifiés grâce à 29 codes CISP différents ; les autres 50% se répartissent dans 289 codes supplémentaires (Figure 32).

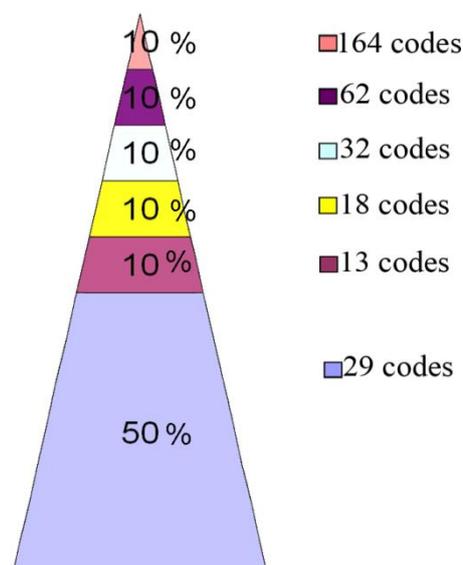


Figure 32. Pyramide de la répartition des problèmes de santé et du nombre de codes utilisés pour l'encodage en Belgique.

54,7% des problèmes de santé étaient exprimés sous forme de symptômes, et 36,1% des problèmes sous forme de diagnostics ; les 9,2% restants regroupent d'autres actes classés comme procédures (Tableau 17).

Tableau 17. Répartition des codes selon les composants de la CISP (Belgique)

	Herstal	Sprimont	Total	
Symptômes/plaintes	54,8%	54,6%	54,7%	
Diagnostics	37,4%	34,8%	36,1%	
Procédures	7,8%	10,6%	9,2%	p=0,032

On note (Figure 33) une répartition différente selon que le problème est récent ou ancien.

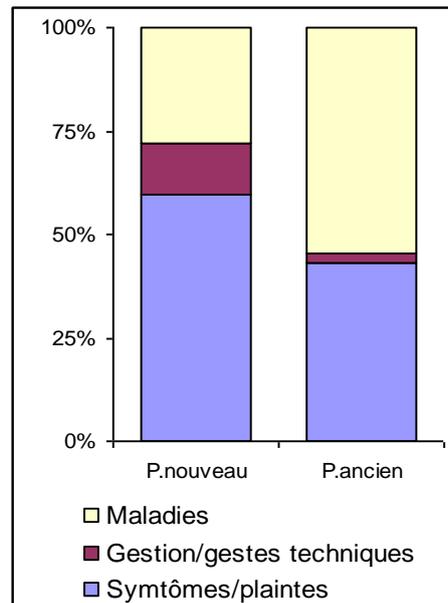


Figure 33. Répartition des types de problèmes de santé en Belgique.

Les codes les plus fréquents étaient classés dans les symptômes et les maladies aiguës, à l'exception de l'hypertension artérielle sans complication et du diabète non insulinodépendant.

La consultation de suivi général figurait parmi les dix premiers motifs de rencontre (Tableau 18).

Tableau 18. Proportion des 10 premiers problèmes en santé les plus rencontrés dans l'enquête en Belgique (encodés en CISP2)

Libellé du code CISP2	Code CISP2	N	% ^{\$}	% cumulé [#]
Mal de tête	N01	143	5,41	5,41
S/P du dos	L02	103	3,90	9,31
Infection aiguë des voies respiratoires supérieures	R74	77	2,91	12,23
Perturbation du sommeil	P06	61	2,31	14,53
Limitation de la fonction/incapacité	T28	52	1,97	16,50
Hypertension non compliquée	K86	50	1,89	18,40
S/P dents/gencives	D19	48	1,82	20,21
Réaction de stress aiguë	P02	48	1,82	22,03
Diabète non-insulinodépendant	T90	48	1,82	23,85
Rencontre de suivi général	A63	47	1,78	25,62

S/P: symptôme/plainte. \$ proportion sur tous les problèmes de santé rapportés dans l'enquête. # proportion cumulée

La répartition des problèmes de santé les plus fréquents sont présentés selon qu'il s'agisse de problèmes récents ou anciens (Tableau 19).

Tableau 19. Les 5 premiers problèmes de santé récents et les 5 premiers problèmes de santé anciens rencontrés dans l'enquête en Belgique

	Libellé du code CISP2	Code	Nombre	%\$	% cumulé#
5 nouveaux problèmes fréquents	Mal de tête	N01	140	7,57	7,57
	S/P au dos	L02	94	5,08	12,66
	Infection aiguë des voies respiratoires supérieures	R74	75	4,06	16,71
	Rencontre de suivi général	A63	47	2,54	19,25
	S/P dents/gencives	D19	46	2,49	21,74
5 anciens problèmes fréquents	Hypertension non compliquée	K86	49	6,18	6,18
	Diabète non insulino-dépendant	T90	48	6,05	12,23
	Limitation de la fonction/incapacité	T28	47	5,93	18,16
	Trouble de métabolisme des lipides	T93	40	5,04	23,20
	S/P liés à la ménopause	X11	38	4,79	27,99

\$ la proportion en pourcentage au sein de chaque groupe (il y avait 1849 problèmes de santé nouveaux et 793 problèmes de santé anciens). # la proportion en pourcentage cumulé des problèmes dans chaque groupe. S/P : symptôme/plainte.

3.5.3.2 Discussion

Notre étude ne s'est pas limitée à l'analyse des soins ambulatoires.

Au sein de la population tout venant, 3 questions différentes sollicitaient le rappel de tous les événements liés à la santé du patient, avec ou sans contact avec un professionnel.

L'information verbalisée par l'interviewé a été captée sans avoir été biaisée par la subjectivité de l'enquêteur.

Elle contient les soins hospitaliers, ambulatoires, l'automédication, la demande de certificat médical. Ces derniers sont bien représentés dans notre enquête avec presque 9% des demandes de procédure.

Au vu de ces caractéristiques, on peut penser que ces données sont représentatives des besoins en santé de la population générale de la région liégeoise.

Les résultats illustrent les problèmes de santé de la population.

Les maladies identifiées n'occupent qu'un tiers des événements de santé déclarés, alors que les symptômes et plaintes se présentent dans plus d'un cas sur deux (Tableau 17).

Ce résultat illustre la réalité complexe des soins de première ligne qui, au contraire des soins hospitaliers, exigent une approche personnalisée, centrée sur le problème de santé, plutôt que sur la maladie.

Dans ce contexte de soins de santé primaires, il est important que l'acteur de terrain comprenne les besoins du patient et dispose des compétences cliniques adaptées au contexte de soins ambulatoires, tel que recommandé par le rapport annuel 2008 de l'Organisation Mondiale de la Santé ⁵.

Les résultats de l'enquête montrent une stabilité entre les deux visites des enquêteurs, pourtant espacées d'un mois (Figure 30). Cependant, la période d'enquête ne couvre pas toutes les saisons, et nos résultats doivent donc être interprétés en conséquence.

Malgré une différence d'âge moyen entre les deux communes, la répartition des pathologies reste très comparable, ce qui peut s'expliquer par une limite entre zone urbaine et zone rurale peu marquée en Belgique.

Seuls le type de problème (nouveau/ancien) et le groupe d'âge ont un impact sur la répartition du type de pathologies. On trouve plus de maladies chroniques dans le groupe de problèmes anciens (Figure 27) : les affections cardio-vasculaires et métaboliques y sont donc bien représentées.

Les affections digestives, ostéo-articulaires et respiratoires se retrouvent plutôt dans le groupe des problèmes nouveaux. L'influence de l'âge se marque par un recul des maladies infectieuses au profit des maladies liées au vieillissement, touchant principalement les systèmes cardio-vasculaire, ostéo-articulaire et métabolique.

La répartition des pathologies que nous avons trouvée est très comparable à celle d'autres études : une réalisée dans 8 pays européens ⁶ et l'autre aux Pays-Bas, Japon, Pologne, et États-Unis ⁷. Dans la figure 34, qui représente les données de ces études et les nôtres, généralement, les systèmes digestif, ostéo-articulaire, respiratoire et les symptômes/plaintes générales sont les 4 premières catégories de motifs de rencontre dans un contexte de soins ambulatoires ^{6,7}.

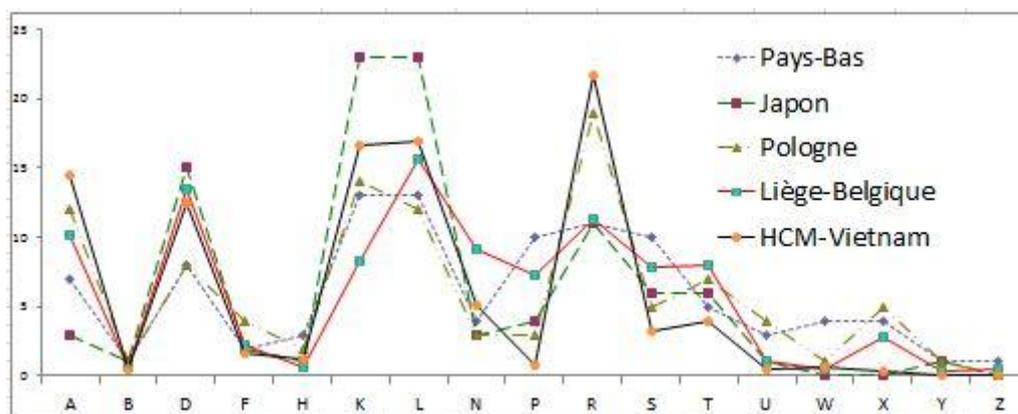


Figure 34. Figure comparant notre enquête avec les données de l'étude de Okkes en 2002 sur les problèmes de santé rapportés en médecine de famille au Pays-Bas, au Japon et en Pologne.

(Les lignes ne correspondent pas à une progression, elles sont là pour faciliter la comparaison)

Toutes les études confirment une importante concentration des problèmes de santé regroupés dans un nombre limité de pathologie ⁶⁻⁸. Dans l'étude de Okkes, 35 diagnostics représentent 45-60% des problèmes de santé dans son étude de 4 pays ⁷.

De façon équivalente, avec un autre système d'encodage, 75% des problèmes de santé ont pu être répartis dans 46 codes aux États-Unis, 52 codes en Australie et 57 codes en Nouvelle-Zélande ⁸.

Ce résultat illustre que le travail de médecin de famille est bien censé répondre à la majorité des besoins en santé de la population générale.

Le contenu de formation en médecine de famille doit en conséquence insister sur les pathologies les plus rencontrées.

Grâce à l'aide du système informatique, de plus en plus de données médicales sont potentiellement disponibles pour la recherche, y compris dans le contexte de travail des soins ambulatoires.

La classification CISP donne la possibilité d'encoder la complexité pathologique et administrative du travail de médecin de famille, rendant possible des comparaisons internationales, et permettant de valoriser la discipline, malgré la tendance actuelle à la surspécialisation.

La partie suivante sera consacrée aux analyses de la répartition des pathologies au Vietnam, en les comparant aux résultats belges.

Ces comparaisons donneront des éléments nouveaux pouvant éventuellement expliquer les différences de recours aux soins de santé des deux populations.

3.5.4 Répartition des types de problème à Hồ Chí Minh-ville - Vietnam

3.5.4.1 Résultats

Pendant les deux visites de l'enquête, nous avons enregistré 1130 problèmes de santé chez 672 personnes. En moyenne, chaque habitant souffre mensuellement de 0,84 problème de santé. Les deux communes ne présentent pas de différence significative ($p=0,939$). Il y avait 70,8% de nouveaux problèmes de santé (en moyenne 0,59 problème/mois/personne) et 29,2% d'anciens problèmes de santé (en moyenne 0,25 problème/mois/personne). Ces résultats ne sont pas différents entre les deux communes (Tableau 15).

48,8% des problèmes de santé étaient exprimés sous forme de symptômes, et 50,2% des problèmes sous forme de diagnostics ; le pourcent restant regroupe d'autres actes, comme de la gestion administrative ou des gestes techniques comme la vaccination, la prévention, les prothèses dentaires, les visites de contrôle annuelles, etc. (Tableau 20).

Tableau 20. Répartition des codes selon les composants de la CISP (Vietnam)

	Tan Binh	Thu Duc	Total	
Symptômes/plaintes	46,5%	51,1%	48,8%	
Diagnostics	52,1%	48,3%	50,2%	
Procédures	1,4%	0,6%	1%	P=0,123

Parmi les problèmes nouveaux, 58,9% étaient exprimés sous forme de symptômes/plaintes et de 39,9% sous forme de diagnostics. Parmi les anciens problèmes, le phénomène était inverse avec 75,2% de diagnostics et 24,5% de symptômes.

La répartition des problèmes de santé est centrée sur le système respiratoire (21,7% des problèmes de santé), le système ostéo-articulaire (16,9%), le système cardiovasculaire (16,6%). Cette distribution varie en fonction du type des problèmes de santé. Parmi les problèmes nouveaux, on retrouve le système respiratoire (28,3%), le système ostéo-articulaire (17,6%) et le système digestif (16,0%). Parmi les anciens problèmes, on retrouve le système cardiovasculaire au premier rang (50,9%), suivi du système ostéo-articulaire (15,2%) et du système endocrinien (10,9%) (Figure 35).

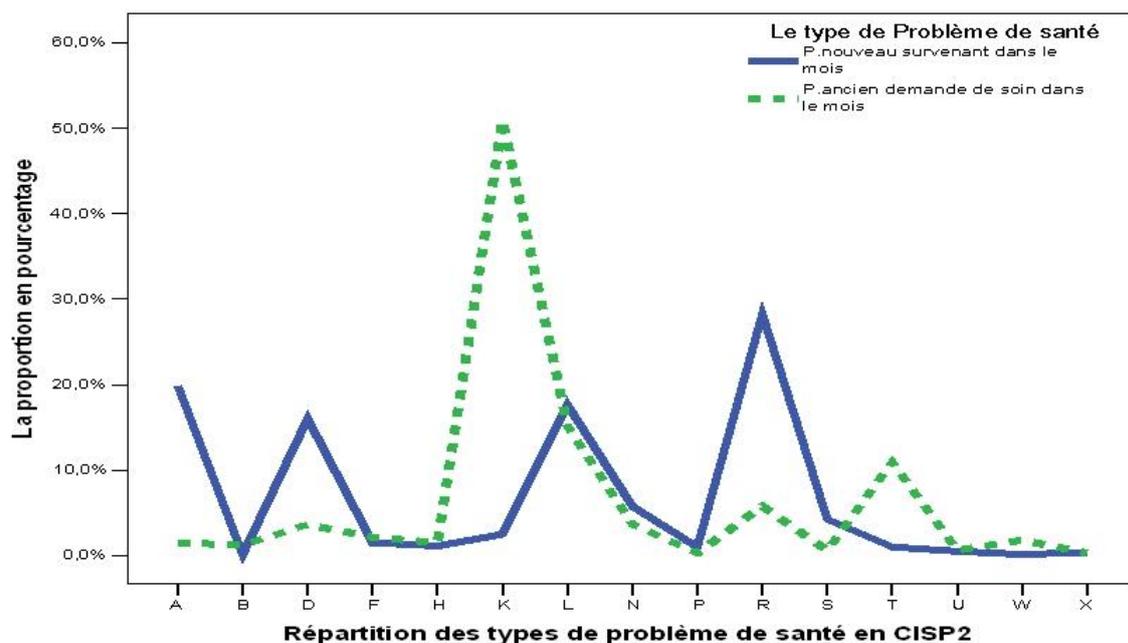


Figure 35. Répartition des problèmes de santé par système, selon le type de problèmes, au Vietnam.

La répartition des pathologies n'est pas significativement différente entre les deux périodes d'enquête ($p=0,299$) (Figure 36), ni entre les deux communes ($p=0,687$) (Figure 37).

Mais des différences significatives existent pour le sexe ($p=0,049$) (Figure 38), la possession d'une assurance maladie ($p=0,023$) (Figure 39) et le groupe d'âge ($p<0,001$) (Figure 40).

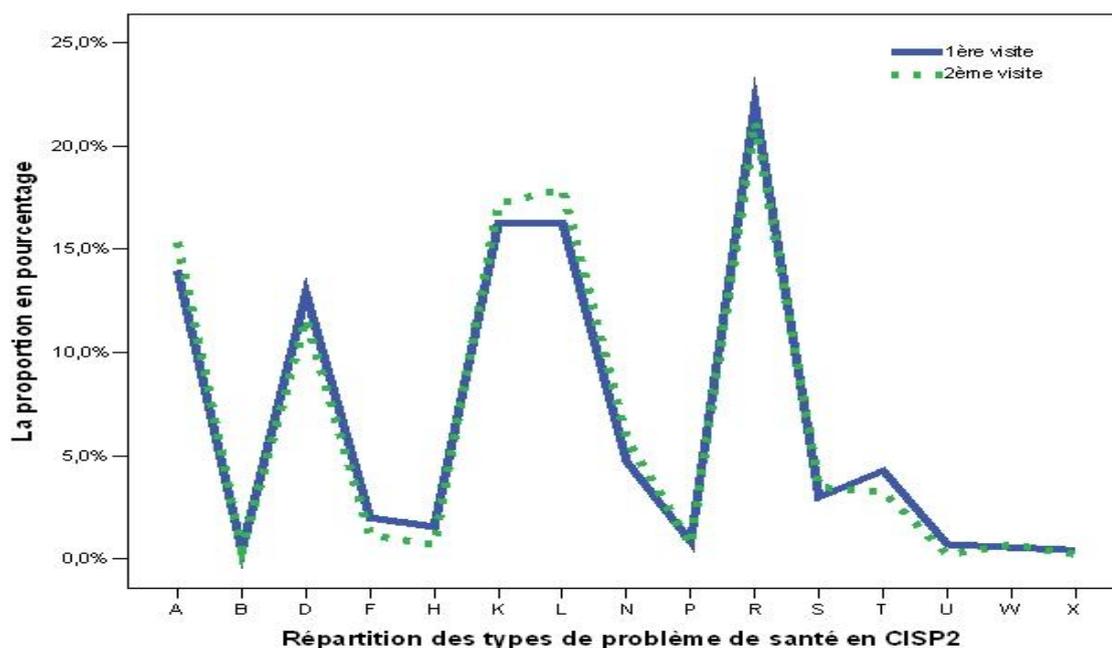


Figure 36. Répartition des problèmes de santé par système, selon la période de recueil, au Vietnam.

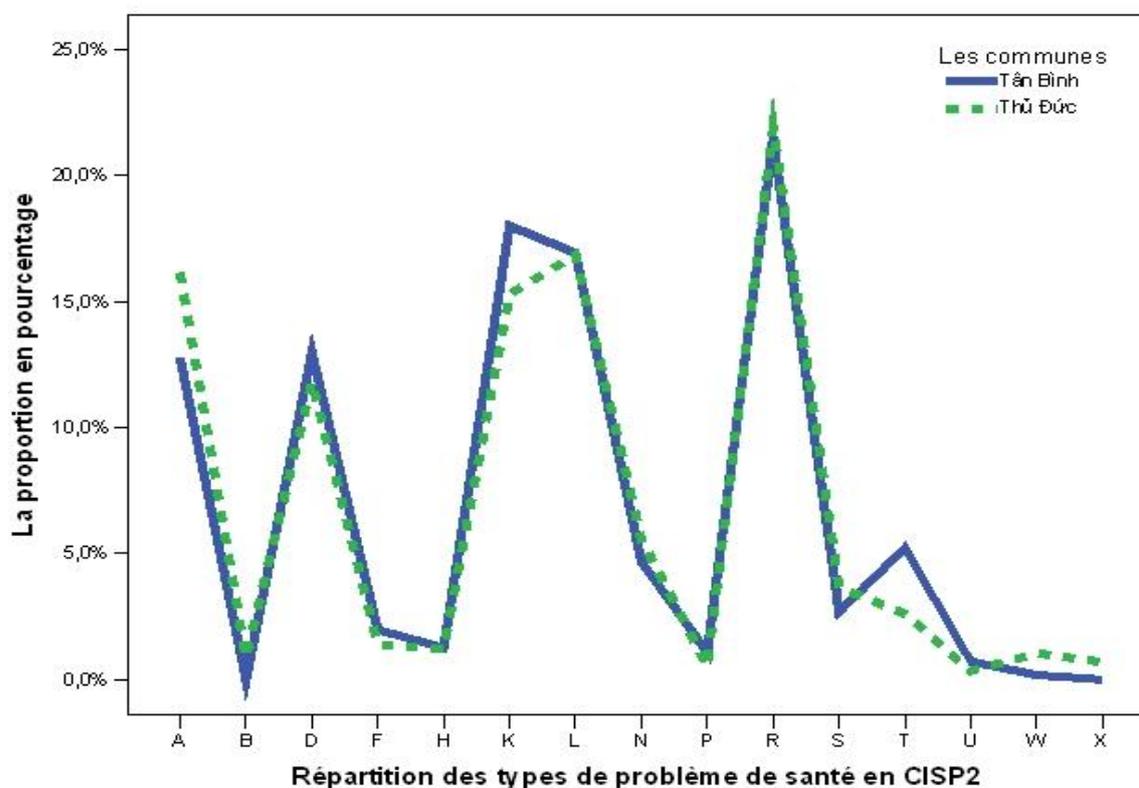


Figure 37. Répartition des problèmes de santé par système selon la commune de résidence, au Vietnam.

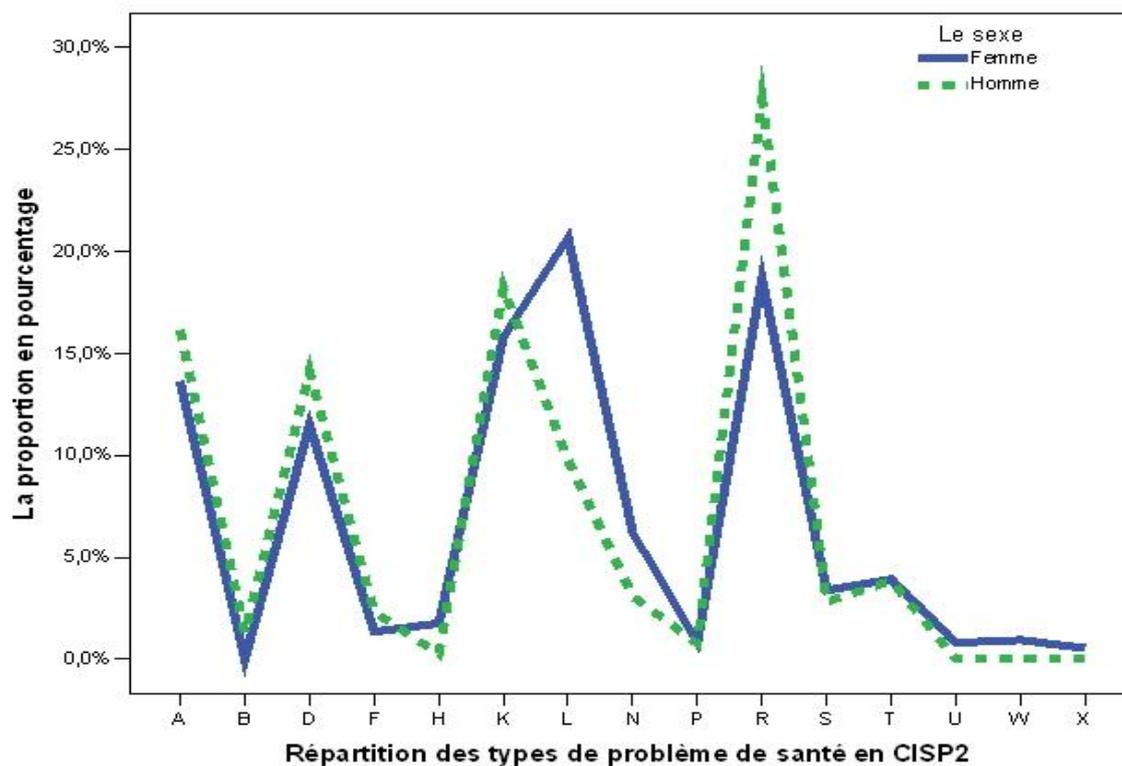


Figure 38. Répartition des problèmes de santé par système selon le sexe, au Vietnam

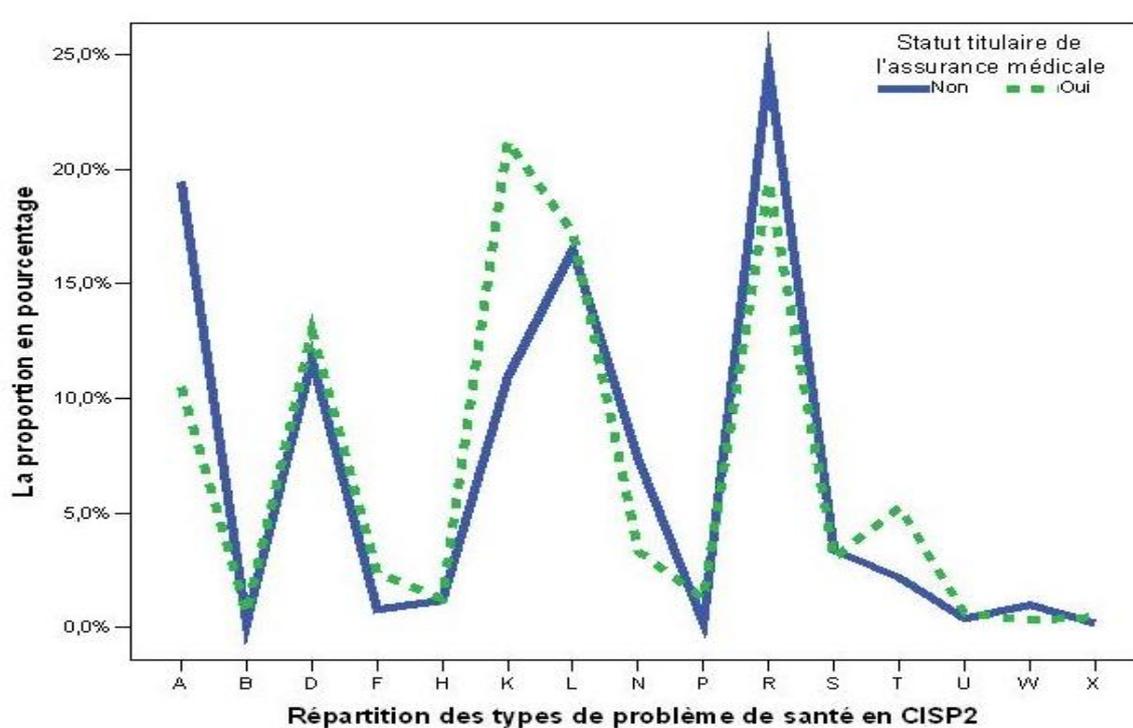


Figure 39. Répartition des problèmes de santé par système, selon la possession d'une assurance maladie, au Vietnam.

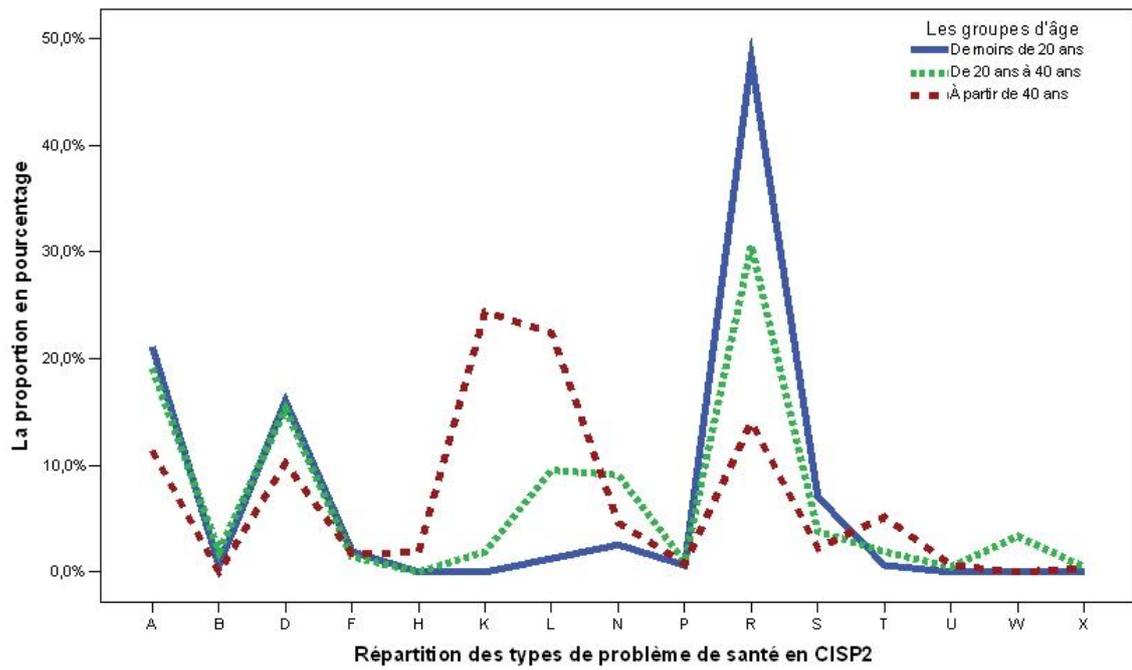


Figure 40. Répartition des problèmes de santé par système, selon le groupe d'âge, au Vietnam

(Les lignes ne représentent pas une progression, elles sont là pour faciliter la comparaison)

9 codes CISP représentent 50% des problèmes de santé, les 50% restants se répartissent dans 144 codes supplémentaires (Figure 41)

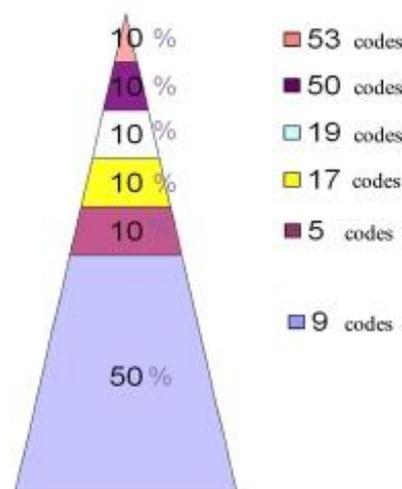


Figure 41. Pyramide de la répartition des problèmes de santé et du nombre de codes utilisés pour l'encodage, au Vietnam

Les codes les plus fréquents étaient dans les groupes de symptômes et les problèmes nouveaux. Seuls l'hypertension artérielle sans complication et le diabète non insulino-dépendant y représentent les maladies chroniques (Tableaux 21 et 22).

Tableau 21. Proportion des 10 premiers problèmes de santé les plus rencontrés dans l'enquête au Vietnam (encodés en CISP2)

Nom du code CISP2	Code CISP2	N	%\$	% cumulé#
Hypertension non compliquée	K86	126	11.15	11.15
Fièvre	A03	89	7.88	19.03
Grippe	R80	78	6.90	25.93
Infection aiguë voies respiratoire sup.	R74	60	5.31	31.24
S/P d'une articulation non classé ailleurs	L20	46	4.07	35.31
S/P des lombes	L03	39	3.45	38.76
Douleur abdominale/épigastrique	D02	36	3.19	41.95
S/P du genou	L15	36	3.19	45.13
Sinusite aiguë/chronique	R75	32	2.83	47.96
Angine aiguë	R76	31	2.74	50.71

S/P: symptômes/plaintes. \$ proportion sur tous les problèmes de santé rapportés dans l'enquête. # proportion cumulée

Tableau 22. Les 5 premiers problèmes de santé récents et les 5 premiers problèmes de santé anciens rencontrés dans l'enquête au Vietnam

	Libellé du code CISP2	Code	Nombre	%\$	% cumulé#
5 nouveaux problèmes fréquents	Fièvre	A03	89	11,1	11,1
	Grippe	R80	78	9,8	20,9
	Infection aiguë des voies respiratoires supérieures	R74	59	7,4	28,3
	Douleur générale/ de sites multiples	A01	33	4,1	32,4
	Douleur abdominale/épigastrique	D02	32	4,0	36,4
5 anciens problèmes fréquents	Hypertension non compliquée	K86	124	37,6	37,6
	Diabète non insulino-dépendant	T90	26	7,9	45,5
	Cardiopathie ischémique sans angor	K76	16	4,8	50,3
	Problème/plainte d'une articulation non classé ailleurs	L20	15	4,5	54,8
	Autres problèmes/plaintes cardiovasculaires	K29	14	4,2	59,1

\$ La proportion en pourcentage au sein de chaque groupe (800 problèmes de santé nouveaux et 330 problèmes de santé anciens). # La proportion en pourcentage cumulé des problèmes dans chaque groupe.

3.5.5 Discussion

Au Vietnam, la pratique de l'automédication et les visites aux services hospitaliers de soins ambulatoires représentent la majorité des recours en soins de santé, comme nous l'avons démontré dans nos deux chapitres précédents.

Selon le rapport d'enquête nationale pour la période 2001-2002, il y avait en moyenne 0,054 hospitalisation par habitants/an; les soins ambulatoires représentaient 0,17 contact/personne/4 semaines, soit 2,2 contacts/personne/an (40 fois plus que les hospitalisations).

Pour Hồ Chí Minh-ville, en 2008, rien que dans le secteur sanitaire public, il y a eu 27.281.093 contacts de soins ambulatoires pour 1.067.062 contacts de soins hospitaliers, soit 26 fois plus ⁹.

Ces chiffres n'incluent pas les données de consultation dans le secteur privé, qui prend également en charge des soins ambulatoires¹.

Le rapport entre soins ambulatoires et soins hospitaliers peut être comparé à celui d'autres pays comme la Belgique (où le rapport est de 32,8) ², ou encore à la moyenne en Europe (rapport de 35,1 en 2009) ³.

Les soins ambulatoires occupent donc une proportion majoritaire des recours en santé de la population générale. Pour cette raison, les données venant uniquement des hôpitaux ne permettent pas d'expliquer la totalité des besoins en santé de la population générale.

Pourtant, à l'heure actuelle, les statistiques vietnamiennes officielles ne sont basées que sur ces dernières, les données des autres sources de soins n'étant pas systématiquement enregistrées ^{1,4,10}.

Les données hospitalières ne couvrent que les caractéristiques de la population des patients hospitalisés.

L'information venant des consultations ambulatoires hospitalières ne sont pas très bien détaillées ni enregistrées.

Très souvent, elles se réduisent au nombre de visites mensuelles, sans mention des pathologies ^{1,4}.

Récemment, une étude sur les pathologies des personnes âgées était encore basée sur les données des patients hospitalisés uniquement, ne donnant pas une image fidèle de la réalité ¹⁰.

L'informatisation des hôpitaux pendant les dernières années a permis de reconnaître l'importance des renseignements venant du patient, soit dans un but administratif, soit pour l'amélioration de la qualité de soins.

Pour rendre les données plus analysables, elles ont été encodées en CIM10 (Classification Statistique Internationale des Maladies et des problèmes de Santé Connexes). Cette mesure a nettement amélioré les statistiques des hôpitaux.

Cependant, dans les soins ambulatoires, la qualité des données encodées reste modeste en raison de l'absence d'utilisation d'une classification appropriée à ce contexte ¹¹.

Les enquêtes nationales ne pouvaient étudier que quelques maladies fréquentes pouvant être codées en CIM10 ^{4,12}. Alors que la plupart des problèmes de santé dans la population restent sans diagnostic établi, les enquêteurs n'avaient d'autre choix que d'attribuer au problème un code de pathologie CIM10, modifiant ainsi l'épidémiologie locale.

Une solution au problème d'encodage des données ambulatoires existe pourtant : c'est la classification internationale des soins primaires (CISP2).

Cette classification a été développée initialement pour le recueil manuel et l'analyse épidémiologique des données de consultation en médecine de famille.

Elle permet de classer et encoder les éléments principaux de la consultation ambulatoire, ou plus généralement des soins primaires : les pathologies bien identifiées (diagnostics) tout comme les symptômes et plaintes.

Cette approche est plus basée sur la prévalence des problèmes en santé, des préoccupations de santé de la population générale ^{11,13}.

La CISP2 a été accréditée comme norme de standardisation des données de soins primaires par l'Organisation Mondiale de la Santé ¹⁴.

Comme notre enquête s'est intéressée aux besoins de soins de santé dans la population générale, nous avons choisi d'encoder les données en CISP2.

Le système respiratoire, le système ostéo-articulaire et le système cardio-vasculaire représentent la majorité des problèmes rapportés dans notre échantillon.

La répartition des problèmes de santé de notre enquête est différente de celle établie sur base des données de l'hôpital de Hồ Chí Minh-ville en 2008 : dans ces données, les premières préoccupations sanitaires étaient la santé maternelle et la grossesse (9,2%), les maladies respiratoires (7,8%), et les maladies tumorales (4,6%)⁹. Cette différence est expliquée par la différence de source des données : la population générale pour notre étude, les patients hospitalisés pour les statistiques de la ville.

Nos résultats sont par contre très comparables à ceux des études utilisant la même technique dans des pays comme les Pays-Bas, le Japon, la Pologne ⁷ et la Belgique. Les pathologies les plus rencontrées sont limitées aux systèmes digestif, ostéo-articulaire, respiratoire et aux symptômes/plaintes générales ⁷.

Nos données sont comparables entre les deux communes et entre les deux périodes d'enquête, démontrant leur fiabilité.

La répartition du type des problèmes était influencée par le sexe, le groupe d'âge, l'existence d'assurance en santé et le type de problème nouveau/ancien : les hommes ont eu plus de plaintes respiratoires, alors que les femmes ont eu plus de plaintes ostéo-articulaires.

La population jeune exprimait plus de plaintes concernant les systèmes respiratoire et digestif ; avec l'âge, les pathologies cardio-vasculaires, ostéo-articulaires augmentaient et les problèmes respiratoires devenaient plus rares. Cette évolution liée à l'âge et au poids croissant des maladies non transmissibles est connue.

Les nouveaux problèmes de santé étaient principalement d'origine respiratoire, alors que les anciens problèmes étaient principalement d'origine cardio-vasculaire et endocrinienne-métabolique.

Les maladies cardio-vasculaires et endocriniennes étaient plus fréquentes dans le groupe ayant l'assurance-maladie. Ce phénomène peut être expliqué partiellement par la différence d'âge entre les deux groupes : l'âge moyen du groupe titulaire d'assurance est de 42,8 ans contre 37,4 ans dans le groupe sans assurance ($p=0,02$). Entre ces deux groupes, on retrouve la même tendance que celle observée entre deux groupes d'âge, en faveur des maladies cardio-vasculaires et endocriniennes pour les plus âgés.

Les problèmes de santé les plus rencontrés sont relativement simples à gérer et ne demandent pas d'intervention spécialisée.

Ce résultat est un argument pour une approche du système de santé par niveaux de soins. La première ligne de soins joue le rôle de porte d'entrée du système de santé (« *gate-keeping* »). Elle est censée résoudre les problèmes qui constituent la majorité des besoins, des demandes en soins de santé de la population. En conséquence, dans un système où les soins primaires sont fonctionnels, la proportion des recours aux lignes de soins spécialisés est plus limitée, évitant la surcharge inappropriée des hôpitaux des deuxième et troisième lignes de soins ^{15,16,17}.

Dans la situation actuelle, le Vietnam connaît une surcharge de travail dans les établissements hospitaliers et les centres spécialisés des grandes villes, alors que les soins primaires et les petits hôpitaux de province sont privés de travail.

D'après l'enquête nationale de 2002, le réseau de postes de soins primaires (PSP) couvre 97% des communes du Vietnam (10.078 PSP), mais chaque PSP n'a en moyenne que 8-12 consultations par jour.

Cette situation est problématique pour les grandes villes, bien couvertes en grandes structures médicales ³, où les patients passent directement à la ligne de soins supérieure sans consulter les services médicaux conventionnels dans leur lieu de vie, ce qui explique le débordement des hôpitaux centraux ¹.

En conséquence, les ressources sociales en santé ne sont pas utilisées de façon appropriée, efficace, économiquement rentable, réduisant l'équité dans les soins de santé ¹⁵.

Comme les problèmes en santé fréquents sont concentrés dans un nombre limité de pathologies, les médecins en formation devraient acquérir des connaissances et des compétences renforcées dans ces domaines, leur permettant de répondre de façon efficace aux besoins majoritaires de la population générale.

Les ressources humaines devraient renforcer prioritairement les soins primaires, et plus particulièrement les PSP, de façon à réserver les soins spécialisés aux hôpitaux. Ces derniers verraient ainsi leur surcharge réduite, leur permettant d'assumer leur fonctionnalité de technique lourde et de savoir spécialisé.

Notre enquête est basée sur un questionnaire, faisant donc appel à la mémoire des personnes interrogées ; les données sont donc exposées à certains biais comme l'oubli, la possibilité limitée des personnes à exprimer leurs problèmes de santé, le refus de participation. Nous avons rétrospectivement vérifié la cohérence des données d'enquête : les analyses ont montré que les données étaient relativement semblables entre deux communes et entre les deux périodes d'enquête. La qualité de l'encodage a été assurée par le travail indépendant et l'accord de deux médecins.

L'extrapolation des résultats à toute la ville de Hồ Chí Minh est risquée compte tenu de la disproportion entre la taille de la ville et celle de notre échantillon. Nous regrettons que les analyses multifactorielles n'aient pas pu être menées parce que la distribution des types pathologiques est non paramétrique et que la taille d'échantillon est trop réduite. En conséquence, nous n'avons pu qu'étudier séparément l'impact de chaque facteur.

3.5.5.1 Conclusion

Dans le système de santé de tous pays, les soins ambulatoires représentent toujours une proportion importante. La répartition des pathologies en soins ambulatoires demande une étude adéquate et des moyens informatiques suffisants. Cette étude est nécessaire pour l'apprentissage du raisonnement spécifique et la promotion de la discipline de médecine de famille. Le recours aux données du secteur hospitalier apporte un biais lié à la population soignée.

Cette étude apporte une première image de la répartition des problèmes pathologiques rencontrés dans la population générale de deux communes vietnamiennes.

C'était aussi la première comparaison internationale sur cette matière, entre les données d'un pays développé – la Belgique – et celles d'un pays émergent en transition épidémiologique avancée – le Vietnam.

De façon similaire dans les deux pays, la plupart des problèmes de santé dans la population sont simples et concentrés sur un nombre limité de pathologies. Dans la répartition des types pathologiques, nous avons montré l'impact du sexe, du groupe d'âge, du type de problème nouveau ou ancien, l'existence d'une assurance médicale.

Ces données récoltées dans la population générale plaident pour rencontrer majoritairement les besoins en soins de santé dans le cadre des compétences des soins primaires, où le médecin de famille est l'acteur principal, censé résoudre la majorité des besoins en santé de la population.

Une autre manière de confirmer ces résultats renvoie à l'origine des données statistiques disponibles. Comme nous l'avons évoqué, au Vietnam, c'est la CIM10 qui sert à encoder les données. Cette classification n'est pas réellement appropriée pour les soins ambulatoires, à l'inverse de la CISP.

Conscients de cet état de fait, une part importante de notre travail de thèse a consisté à traduire la CISP en vietnamien, afin de faciliter et de promouvoir son utilisation au Vietnam. C'est l'ensemble de ce travail important qui va être exposé dans le chapitre à venir.

3.5.5.2 Références

1. Trần Thị Trung Chiến, Dương Huy Liệu, Nguyễn Hoàng Long, et al. Báo cáo y tế Việt Nam 2006: công bằng, hiệu quả, phát triển trong tình hình mới [Vietnam Health Report 2006: equity, efficiency, development in the new situation]; 2008.
2. Corens Dirk. Health system review: Belgium Health Systems in Transition. 2007;9:1-172.
3. European Health for All database. 2011. (Accessed 27/1/2011, at <http://www.euro.who.int/hfadb>)
4. Dương Huy Liệu, Nguyễn Hoàng Long, Dương Đức Thiên , et al. Report on review of primary health care performance in Vietnam. Hanoi; 2004.
5. World Health Organization. Primary health care : now more than ever. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.
6. Huibers L., AMJ, Moth G, Bondevik GT, et al. Diagnostic scope in out-of-hours primary care services in eight European countries: an observational study. BMC Fam Pract. 2011;12:30.
7. Okkes IM., Polderman GO., Fryer GE., et al. The role of family practice in different health care systems: a comparison of reasons for encounter, diagnoses, and interventions in primary care populations in the Netherlands, Japan, Poland, and the United States. J Fam Pract. 2002;51:72-3.
8. Bindman AB, Forrest CB, Britt H, Crampton P, Majeed A. Diagnostic scope of and exposure to primary care physicians in Australia, New Zealand, and the United States: cross sectional analysis of results from three national surveys. BMJ. 2007;334:1261.
9. Tình hình bệnh tật tử vong của thành phố [Morbidity and mortality of Hochiminh city]. 2008. (Accessed 22/6, 2010, at <http://www.medinet.hochiminhcity.gov.vn/data/news/2009/4/6367/tuvong2008.htm>)
10. Lê VT, Nguyễn HH, Phạm T. . Mô hình bệnh tật của người cao tuổi điều trị tại viện lão khoa quốc gia năm 2008 [The disease pattern in elderly people treated at national geriatric hospital, report of 2008]. Y học thực hành [Journal of practical medicine]. 2009;6:41.
11. Hofmans-Okkes IM., Lamberts H. The International Classification of Primary

Care (ICPC): new applications in research and computer-based patient records in family practice. *Fam Pract.* 1996;13:294-302.

12. Phạm T, Đỗ TKH. Báo cáo tổng quan về chính sách chăm sóc người già thích ứng với thay đổi cơ cấu tuổi tại Việt Nam [Overview report about policies on elderly person care for adapt to changes of the age structure in Hanoi]. Hà Nội: Tổng cục dân số kế hoạch hóa gia đình [General office for population family planning]; 2009.

13. Bentsen BG. International classification of primary care. *Scand J Prim Health Care.* 1986;4:43-50.

14. International Classification of Primary Care, Second edition (ICPC-2). 2003. (Accessed 08-10-2012, 2012, <http://www.who.int/classifications/icd/adaptations/icpc2/en/index.html>)

15. Green LA., Fryer GE., Yawn BP., Lanier D., Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med.* 2001;344:2021-5.

16. Giet D. [Ecology of medical care, the square of White, primary care and general practice]. *Rev Med Liege.* 2006;61:277-84.

17. Atun Rifat. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?: WHO Regional Office for Europe 2004.

3.6 Contribution à l'introduction de la CISP2 au Vietnam

3.6.1 Introduction

La médecine est une science clinique destinée à maintenir et à restaurer la santé de l'être humain.

En tant que fournisseur de santé pour les patients, mais aussi pour leur entourage, le médecin généraliste doit être armé de connaissances savantes en médecine, de compétences professionnelles.

Plus particulièrement, il doit avoir une approche globale des caractéristiques de ses patients.

Chaque patient est un cas unique avec sa propre histoire, son parcours, ses symptômes et son contexte socio-culturel.

Plus les informations concernant l'état de santé sont disponibles et analysées, meilleures sont les conditions de travail pour le soignant, le prestataire de santé.

C'est la raison d'être du dossier médical qui sert à collationner les données cliniques récoltées au cours des visites, des contacts et du suivi du patient, ainsi que lors des évaluations de l'équipe de soins.

Ce document est continuellement mis à jour avec les nouvelles informations récoltées concernant l'état de santé du patient; il devient ainsi un outil incontournable dans les soins du patient.

Autrement dit, le dossier médical est considéré comme le cahier retraçant la biographie médicale du patient.

En médecine de famille, le travail demandé au médecin de famille est de pratiquer dans un contexte de soins ambulatoires, où le doute est présent en permanence, entourant toutes les décisions.

Normalement, le médecin de famille n'a pas de moyens pour calibrer ses interventions *a priori* ou pour évaluer ses interventions.

Ce sont les patients qui apportent la réponse concrète à ses questions cliniques. Lorsque l'intervention est adaptée, il est aisé de s'en rendre compte. Lorsque l'intervention est moins favorable, il faut s'efforcer de remédier aux erreurs ¹.

Ces démarches font partie du processus de professionnalisme, qui est synonyme d'autocontrôle ².

En d'autres termes, le professionnalisme signifie, pour partie, que l'on reproduit, que l'on observe et que l'on évalue ses activités soi-même.

En ce sens, l'enregistrement des données cliniques est une pratique incontournable dans la pratique quotidienne du médecin de famille.

Le dossier médical détient une place irremplaçable, participe de cette évaluation et de ce professionnalisme.

Les données enregistrées peuvent être utilisées en vue d'établir des statistiques représentant son propre travail.

Elles peuvent aussi servir à manifester l'identité de la discipline de Médecine de famille, à la constituer en tant que spécialité à part entière.

Cela souligne toute l'importance du dossier médical, qui doit être constamment disponible pour le médecin de famille, afin de lui permettre de travailler dans les meilleures dispositions possibles.

Cependant, l'utilisation de ces données peut rapidement devenir problématique si l'information n'est pas structurée et organisée de façon appropriée.

Le dossier médical sera alourdi par des informations inutiles ou difficilement analysables.

Ce type de problème se retrouve aussi bien avec le dossier médical informatisé qu'avec le dossier médical en version papier. Ce dernier était celui qui était utilisé conventionnellement depuis longtemps, avec ses avantages, mais aussi ses inconvénients.

À titre d'exemple, un événement datant d'un an dans un dossier médical en version papier s'avère très difficile à retrouver, un signe clinique important noté se perd facilement parmi les autres informations, qui revêtent moins d'importance.

Ce processus d'archivage prend énormément de temps, et peut se faire au détriment de la relation entre soigné et soignant.

En conséquence, il n'est pas très pratique de mener une telle tâche au moment du contact (en temps réel) avec le patient. De ce fait, l'information sert difficilement les soignants à des fins thérapeutiques, surtout en cas d'urgence.

Les progrès informatiques réalisés pendant les trente dernières années ont permis de développer des applications qui facilitent les tâches professionnelles médicales.

Le dossier médical informatisé est un exemple représentatif de ces applications.

A l'aide du Dossier médical informatisé (DMI), les données sont à portée des médecins et des autres soignants.

Même si ces données ne représentent qu'une partie des aspects retraçant la complexité de chaque patient, il est possible d'en retirer des informations utiles et concrètes.

Un bon DMI offre non seulement les fonctionnalités du cahier informatique, mais également, il peut aider le médecin dans sa gestion administrative, sa pratique professionnelle et sa formation continue.

Le DMI peut apporter une réponse au problème de la surcharge d'informations non hiérarchisées dans le dossier médical en version papier.

Dans les soins ambulatoires en médecine de famille, il arrive fréquemment que ces médecins soient seuls pour faire face aux défis médicaux avec le patient.

La capacité d'obtenir une réponse rapide à certaines questions qui se posent lors du contact avec le patient est très importante, ce que ne permet pas le dossier en version papier, qui demande trop de temps d'investigation pour retrouver l'information cherchée.

C'est donc dans ce contexte que le DMI acquiert toute sa pertinence : l'information est disponible en premier lieu pour ceux qui la produisent et qui en ont besoin.

Les médecins de famille n'auront cette possibilité que s'ils s'occupent maintenant eux-mêmes des affaires de « gouvernance clinique »¹.

Au vu de ces perspectives importantes, certains pays ont considéré le DMI comme l'une des mesures essentielles pour améliorer la qualité de la pratique de médecine de famille.

Dans les précédents chapitres, nous avons eu l'occasion de présenter des travaux d'enquête sur la répartition des types de problèmes de santé ressentis par la population générale (« Épidémiologie des problèmes de santé »).

Au cours de la discussion dans cette étude, nous avons montré la difficulté existante à extraire ces indicateurs de santé des sources statistiques officielles.

Deux de ces raisons sont :

- la majorité des données de soins ambulatoires ne sont pas encodées de façon systématique (dans 98-99% des visites médicales),
- l'absence d'une classification aidant l'ordinateur à saisir l'information des problèmes de santé rencontrés dans le contexte de soins ambulatoires.

Plus particulièrement, nous avons montré, dans les chapitres précédents, qu'une grande proportion des besoins sanitaires de la population se manifeste principalement dans le secteur de soins ambulatoires.

Seule une proportion très limitée des recours en santé (de l'ordre de 1 à 2%) se traduit par une hospitalisation.

Le secteur ambulatoire apparaît ainsi brasser la majorité des problèmes de santé, en regard du faible recours à l'hospitalisation, au sein de la population générale.

Pourtant, le système statistique en santé actuel ne prend en compte que les données venant de l'hôpital, ce qui donne une vision déformée de la réalité des besoins en santé de la population.

Il apparaît urgent de produire des efforts afin d'améliorer la situation des données médicales disponibles, plus particulièrement dans le secteur de soins ambulatoires, où l'informatisation est moins développée.

Dès lors, le dossier médical informatisé et son système spécifique d'encodage sont nécessaires pour permettre le développement de la médecine de famille au Vietnam.

Ces outils n'existent pas à l'heure actuelle dans ce pays, raison pour laquelle nous avons traduit en vietnamien la classification internationale des soins primaires (CISP) (*International Classification for Primary Care – ICPC*), afin de contribuer au développement de la médecine de famille.

Sur base de la version vietnamienne de cette classification, nous avons ensuite développé quelques applications concrètes, qui seront également présentées à la fin de ce chapitre.

3.6.1.1 État des lieux de l'informatisation du secteur sanitaire au Vietnam

Depuis longtemps, les prestataires de santé se sont occupés de données statistiques à tous les niveaux du système de santé.

Ces données ont été recueillies et documentées avec beaucoup de travail, principalement réalisé à la main et sur papier, mais dans une optique indépendante du soin lui-même, et donc du professionnalisme tel que l'on peut le définir en partie avec les éléments évoqués précédemment.

De plus, l'agenda des soignants est chargé par des tâches qui ne sont pas directement consacrées aux soins du patient.

En conséquence, ces tâches bureaucratiques deviennent des préoccupations majeures et non souhaitables.

À l'échelon national, il est très coûteux de maintenir un tel système manuel.

Cette situation a existé aussi bien avant qu'après l'apparition et l'utilisation en médecine de l'informatique.

Conscient des possibilités incontestables offertes par l'informatique (aussi bien concernant le soin, la relation médecin-patient, que l'alimentation des bases de données de santé publique), l'État vietnamien a fait de l'informatisation des services publics l'une de ses principales préoccupations au cours des dernières années. Le système de santé est bien intégré dans cette évolution ^{3,4}.

L'informatisation du secteur sanitaire est considérée comme un élément-clef pour rendre le système plus efficace, rendre les données plus accessibles afin d'améliorer la politique de santé nationale.

Ce soutien étatique a été réalisé à travers l'application des décisions ministérielles, la mise en place de projets stratégiques en faveur de l'informatisation en santé ^{5,6}.

Les hôpitaux et les services médicaux à tous les niveaux ont commencé à adopter et à utiliser l'informatique dans leur gestion médicale.

Une grande partie du travail bureaucratique a été informatisée.

L'une de ces applications est le dossier médical informatisé, qui a pour vocation, à terme, de remplacer la version papier.

Avec le nombre croissant de services intégrant le dossier médical informatisé, nous pouvons nous réjouir des nouvelles perspectives en informatisation du système de santé du Vietnam, et des progrès que cela peut amener.

Malheureusement, ce progrès n'est pas uniforme, il n'avance pas à la même vitesse partout, et la qualité diffère également selon les endroits.

A ce jour, il n'existe pas de mécanisme de régulation imposant une collaboration et un échange d'informations entre les différents services, que ce soit au niveau ministériel ou au niveau des établissements locaux.

Il manque toujours des normes standardisées et détaillées en informatisation en santé.

Cela explique la situation actuelle d'explosion du marché des logiciels sanitaires.

Les solutions informatiques proposées sur le marché sont de qualité très variable. L'absence d'une vision globale, permettant un échange d'information des données informatiques entre différents systèmes à long terme, témoigne d'une approche fragmentaire de ce secteur.

Les données médicales sont cloisonnées dans chaque établissement propriétaire, et ne sont donc pas traitées correctement en tant que telles pour favoriser le travail des médecins et surtout pour améliorer la qualité des soins prodigués aux patients, comme ce projet d'informatisation le souhaite.

En conséquence, pour l'instant, les statistiques venant de tous niveaux sont encore très fragmentaires et de qualité hétérogène.

Comme l'application de l'informatique n'est pas menée à la même vitesse ni de la même façon, il y a une hétérogénéité problématique des données récoltées.

En principe, la variation des données sanitaires peut être expliquée :

- par la diversité des logiciels employés, par la disponibilité différente des ressources dédiées à l'informatisation en santé,
- par le manque d'intérêt et de disponibilité des cliniciens lié notamment à une formation et une connaissance insuffisantes,
- mais aussi par le manque d'attention de la politique locale.

En conséquence, l'agrégation des données à un niveau régional ou national est pratiquement impossible.

À titre d'exemple, les facteurs de risque et le suivi du malade ne sont pas visibles dans les statistiques sanitaires officielles de l'État.

Une grande partie des données concernant les maladies ne sont pas correctement encodées, aussi bien dans le secteur de soins ambulatoires que dans le secteur privé.

De même, l'archivage obligatoire de la cause du décès dans la commune n'est pas parfaitement évident en termes de qualité de données.

Le secteur sanitaire privé et le secteur pharmaceutique constituent un « trou noir » dans les données médicales de l'État.

Malgré le fait que ces secteurs aient connu un fort développement en informatisation au cours des dernières années, il est difficile de valoriser la qualité et l'imbrication de ces projets en pratique.

Au niveau administratif, un tel sujet de régulation n'a pas été abordé. Il n'existe toujours pas de document législatif déterminant la responsabilité du secteur privé à assurer la qualité et à transmettre ces données médicales aux services compétents de l'État en cas de besoin.

Les données médicales ne sont entretenues que sur la base du volontariat de chaque service, sans aucune obligation préalable. Il est donc difficile de mettre à disposition ces données pour l'intérêt général.

Sur le plan de l'utilisation des données, le Vietnam manque d'un système permettant d'analyser automatiquement les données provenant d'établissements différents.

Les informations ne sont pas saisies et enregistrées de façon standardisée dans un logiciel. En conséquence, il y a une forte hétérogénéité des données,

- soit entre les différents logiciels et la manière dont les données sont saisies,
- soit entre les différents établissements.

Pour ces raisons, il est difficile d'avoir un plan applicable des analyses sur base régulière.

3.6.1.2 Importance des données cliniques encodées

Techniquement, l'information enregistrée dans l'ordinateur est loin d'être celle que le médecin avait mentionnée.

L'ordinateur ne comprend pas le langage utilisé dans la vie quotidienne. Par exemple, les termes « mal au dos » et « douleur au dos » sont deux variations linguistiques qui décrivent un même phénomène.

Cependant pour l'ordinateur, elles seront considérées comme deux entités distinctes.

Les raisons sont multiples : la richesse des synonymes de la langue, le contexte dans lequel le message est verbalisé, les variations dans les expressions locales, etc.

Pour donner un autre exemple, le patient peut décrire à son médecin qu'il a « mal au cœur ». Ce terme appartient typiquement au langage du patient. Le « mal au cœur » peut exprimer soit des palpitations, soit une arythmie, soit une angine de poitrine, soit une douleur de la cage thoracique ou, plus simplement, un malaise général que le patient attribue à une maladie du cœur.

C'est en fonction du contexte que le docteur va tenter d'interpréter correctement à quoi renvoie ce « mal au cœur ».

La situation devient encore plus compliquée selon les cultures, les niveaux de connaissance, les subjectivités individuelles, etc.

Tous ces processus peuvent être résumés dans le terme de « contextualisation », qui renvoie à la tentative d'objectivation par le médecin des propos du patient.

Ce travail de contextualisation peut difficilement être réalisé par un ordinateur, même si, aujourd'hui, des systèmes experts permettent d'approcher ce genre de tâches.

Afin de faciliter la saisie informatique de l'expression des symptômes par les patients avec leurs mots, nous avons besoin d'un langage intermédiaire.

Ce langage intermédiaire doit à la fois tenir compte de la complexité de la vie courante et être structuré de façon appropriée pour que l'ordinateur puisse le comprendre et l'analyser.

Ce type d'outil est une classification de référence, mais il est nécessaire de rappeler qu'une classification est une forme simplifiée du langage humain.

Déjà, la classification s'opère sur une rupture qualitative, elle efface du même coup une partie des dimensions du continuum humain⁷ : le processus d'encryptage et décryptage réduit pragmatiquement ces informations.

L'image restituée de ces données encodées ne présente qu'une image inévitablement réduite de la réalité complexe. En conséquence, il est impossible qu'une classification capte toutes les informations de la réalité.

Autrement dit, ces classifications ne servent qu'à structurer, concrétiser les informations dans un langage standardisé par et pour les humains, et compréhensible par l'ordinateur.

Il est d'autant plus important de conserver le contrôle de l'interprétation.

C'est pour cette raison qu'il est souvent possible, avec un DMI, d'enregistrer simultanément les données brutes (texte brut), traduites plus ou moins automatiquement en codes. De cette manière, nous pouvons vérifier, si nécessaire, l'intégralité du contenu.

Dans le travail de médecin de famille, le DMI est un outil d'assistance dans la pratique clinique, dont l'objectif premier est d'améliorer la qualité des soins.

Sur base des informations cliniques, le DMI peut suivre des problèmes de santé dans le temps, systématiser le rappel des antécédents, aider à la décision clinique, guider l'anamnèse – l'examen clinique et les examens paracliniques –, le traitement, détecter les interactions médicamenteuses potentiellement dangereuses, proposer le contenu de promotion en santé, établir des rapports administratifs, établir des statistiques pour la recherche clinique, faciliter l'échange d'informations cliniques entre les professionnels pour organiser les soins dans les meilleures conditions, etc.

La liste des applications s'allonge encore avec les progrès technologiques rapides et la mondialisation du secteur sanitaire, offrant des potentialités en matière de recherche, d'enseignement et de pédagogie, d'épidémiologie, de planification, etc.

Donc, pour que le médecin de famille puisse profiter pleinement des avantages du DMI, les données cliniques doivent être systématiquement encodées et récupérées dans le DMI global du patient.

C'est dans l'encodage que le rôle des classifications s'avère important. Si l'on emploie une classification inappropriée, on risquera d'avoir une mauvaise base de données, et par conséquent, les données seront biaisées, voire inutilisables.

3.6.1.3 CISP, classification internationale des soins primaires

Actuellement, plusieurs classifications ont été développées et recommandées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour former un ensemble cohérent, la FIC, *Family of International Classifications*, qui possède comme classification princeps la Classification Internationale des maladies - CIM (*ICD International Classification of Diseases*), à laquelle sont associés ICHI (*International Classification of Health Interventions*), CISP (*ICPC International Classification of Primary Care*), SNOMED CT (*Standardized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms*), l'IFC - *International Classification of Functions* (FIC) ex-CIDIH. De toutes, SNOMED est la plus exhaustive et la plus granulaire.

En plus de ces classifications internationales, il faut également y ajouter des classifications locales servant les besoins spécifiques de chaque pays.

Chacune de ces classifications possède des avantages et des inconvénients.

Selon les besoins spécifiques de chaque contexte, nous utilisons les classifications correspondantes.

Dans le contexte du travail hospitalier, la CIM10 (10^{ème} version) se présente comme une classification conventionnelle qui a pour but d'encoder le diagnostic identifié.

Cependant, dans le cas de la médecine de famille, dans la plupart des situations, un diagnostic ne peut pas être établi immédiatement lors de la première consultation, plus particulièrement lorsque les patients se présentent en phase précoce de maladie où les signes cliniques sont encore ambigus (la phase subclinique).

D'autre part, une proportion importante des patients sollicite leur médecin en consultation seulement pour une plainte non médicale, pour des demandes administratives (renouveler une ordonnance, finaliser un certificat de santé, etc).

La CIM10 ne convient donc pas aux caractéristiques spécifiques du travail de soins ambulatoires, au travail du médecin de famille. C'est la raison principale pour laquelle la CISP a été initialement développée, afin de servir à l'encodage des raisons de consultation rencontrées et des procédures réalisées dans le contexte des soins primaires, généralement dans le cadre du travail de médecine de famille.

La CISP est le nom français de l'ICPC (*International Classification of Primary Care*)⁸⁻¹¹. La naissance de cette classification remonte aux années 1970, avec la participation des médecins de famille d'Europe du Nord.

L'idée initiale était de collecter les informations qui émergent au premier niveau de soin, et constitue un moyen d'analyse opérationnelle des activités de santé de base.

La première version avait été développée sous le titre ICHPPC (*International Classification of Health Problems in Primary Care*) en 1975 par l'Organisation internationale des médecins généralistes (WONCA : *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*).

Au cours du temps, cette classification a évolué, des aspects complémentaires étant plus orientés vers les soins du patient. Pour cette raison, depuis 1987, elle porte le nom de CISP afin mieux refléter l'ensemble des spécificités des activités de soins primaires.

La CISP a démontré ses capacités à traiter l'information médicale de façon dynamique, tant en recherche clinique qu'en organisation du travail ¹².

Désormais, elle appartient à la famille des classifications reconnues par l'OMS. Depuis, cette classification a été traduite en plus de vingt langues.

Surtout, intégrée dans le dossier médical informatisé, elle peut être utilisée avec des systèmes d'aide à la décision (diagnostique ou thérapeutique), d'assurance qualité des soins, de surveillance épidémiologique et de recherche scientifique en soins primaires ^{7,10,12,13}.

Elle a permis d'étendre le champ de la connaissance dans le domaine de la médecine de famille et a fait l'objet de plusieurs publications ^{10,12,14-18}. Pourtant, cette classification n'était pas connue au Vietnam au moment où nous avons lancé le travail de traduction.

3.6.1.4 Structure de la CISP

La CISP possède une structure bi-axiale simple (Tableau 23) :

- Sur un axe, se trouvent dix-sept chapitres, basés sur les systèmes corporels, identifiés par une lettre. Quinze de ces chapitres sont dédiés spécifiquement à des systèmes ou organes corporels, un autre chapitre concerne les problèmes sociaux et le dernier est réservé aux problèmes non spécifiques.
- Le second axe est constitué de sept composants identiques dont les rubriques portent un nombre de 2 chiffres :
 - Symptômes et plaintes : 01-29
 - Procédures diagnostiques et préventives : 30-49
 - Procédures thérapeutiques : 50-59
 - Résultats d'examens complémentaires : 60-61
 - Procédures administratives : 62
 - Références et autres motifs de contact : 63-69
 - Diagnostics et maladies : 70-99, où les numéros sont répartis dans cinq sous-groupes selon :
 - Maladies infectieuses
 - Tumeurs (néoplasies)
 - Lésions traumatiques
 - Anomalies congénitales
 - Autres maladies spécifiques.

Chaque rubrique comporte

- un code spécifique,
- un titre d'une longueur limitée à 34 caractères,
- un titre complet
- une définition accompagnée.

La plupart des rubriques offrent aussi les items « inclusion », « exclusion », « considérer » et une liste des codes correspondant à la CIM10, qui permettent la référence entre les deux classifications si nécessaire (la table de conversion).

Théoriquement, la CISP-2 possède une capacité de 1683 codes différents. Dans la version internationale CISP-2 (version électronique, datée du 1^{er} décembre 2007), elle utilise seulement 1366 codes. Il existe donc une réserve de 317 codes dans la CISP-2 pour inclure des nouveaux problèmes, importants pour les pays émergents.

Pour avoir un aperçu des codes de la CISP, la version en français (traduite de l'anglais en 2000 par Marc Jamouille, Jean François Brûlet, Jaques Humbert, Michel Roland) est présentée dans l'annexe 6.

3.6.1.5 Besoins de la CISP en vietnamien

Si au Vietnam, la CIM10 est recommandée comme une classification standard pour l'encodage des diagnostics, il n'y a quasi pas de classification conventionnelle connue pour les autres prestations.

Le médecin de famille doit donc encoder un diagnostic en CIM10 ce qui s'avère souvent difficile dans le contexte des soins ambulatoire, comme le démontrent de nombreuses publications ^{10,19}.

Le type de préoccupation sanitaire propre aux soins ambulatoires ne correspond pas simplement à une maladie déterminée, mais il décrypte des besoins complexes en santé du patient.

Ces derniers éléments ne trouvent pas leur place dans la CIM10.

Par conséquent, outre une perturbation du travail, on peut noter la mauvaise qualité de l'information encodée, ce qui rend, comme nous l'avons dit, les données plus difficilement utilisables.

C'est l'une des raisons pour lesquelles nous n'avons pas de statistiques de pathologies en soins ambulatoires.

Nous ne pouvons avoir, seulement, que le nombre de consultations, sans avoir d'indice de la raison de la visite ni des procédures réalisées.

Le développement rapide de l'informatisation en santé pendant ces dernières années a interpellé les responsables politiques en santé sur la question de la standardisation et de l'interopérabilité du système en informatisation en santé.

Parmi les éléments à discuter, nous pouvons proposer d'offrir une place plus ou moins importante pour la CISP2. Au vu de l'ampleur des soins ambulatoires, l'application de la CISP à l'échelon national fournira une perspective intéressante pour mieux comprendre les besoins en santé de la population du Vietnam.

Plus spécialement dans le cas du développement de la médecine de famille au Vietnam, avec le DMI, la CISP constituera une base du développement des différentes applications cliniques. Ces outils enrichiront le travail clinique-recherche et formatif du médecin de famille au Vietnam.

3.6.2 Traduction de la CISP en vietnamien

La version originale utilisée pour la traduction est la version anglaise ICPC2 v.4.0 (téléchargée à partir de

http://www.kith.no/templates/kith_WebPage____1062.aspx en date du 22/09/2008)²⁰.

Ce site officiel sert à rendre disponible la version électronique de la CISP, ICPC-e.

La délégation est donnée par la WICC (*Wonca International Committee of Classification*) qui est en charge de construire et de promouvoir cette classification.

L'équipe de traducteurs était composée de trois médecins volontaires, accrédités par une formation spécialisée en médecine de famille.

Une courte présentation sur l'importance et l'utilité de la CISP dans le contexte des soins de première ligne a été réalisée au sein de l'équipe.

Le but de cette intervention était de se mettre d'accord sur la finalité de la version traduite.

Sur la base de discussions entre les traducteurs, une convention générale constituée par divers éléments et critères a été mise en place.

Nous nous sommes également accordés à employer un vocabulaire proche du patient, et surtout reflétant le contexte de soins ambulatoires.

Notre travail de traduction a été conduit en différentes étapes :

- Un logiciel que nous avons programmé, sur base de Microsoft Access 2003 qui aide à structurer et à suivre le travail de traduction (l'interface du logiciel est introduite dans la Figure 42).
- Les 3 traducteurs ont travaillé parallèlement et indépendamment sur trois versions traduites différentes. Quelques consignes à respecter ont guidé ce travail ; ces consignes étaient les suivantes :
 - être indépendant,
 - tenir compte du sens de l'expression plutôt que des termes utilisés,
 - utiliser le langage local, qui est utilisé par le patient,
 - éviter au maximum les terminologies médicales trop compliquées et moins utilisées par le monde non professionnel dans la pratique courante de soins ambulatoires,

- traduire tous les contenus de la classification, y compris le titre, la définition, le critère d'inclusion, les critères d'exclusion et les remarques.
- Sur base des trois versions différentes, nous avons discuté ensemble pour choisir la meilleure traduction de chaque élément de la classification (Figure 43).
- La version provisoire a été soumise à quelques experts pour validation préliminaire.

En tout, ce travail de traduction a pris environ 3 mois.

Nous avons deux formats différents de la CISP en vietnamien : un format de deux pages A4, où chaque code est présenté par un titre court de 34 caractères (conforme en cela aux exigences de la WICC), et un second format correspondant à un livre de plus de 100 pages, où le code est présenté dans son ensemble, avec toutes les informations disponibles (définition, inclusion, exclusion, remarques).

Nous avons profité d'Internet pour distribuer la version CISP électronique en ligne afin, éventuellement, de promouvoir son application dans le DMI.

Pourtant, par manque de ressources disponibles et du fait des contraintes méthodologiques, ce travail comporte des limites :

- Nous n'avons pas reçu suffisamment d'avis des différentes disciplines spécialisées, surtout des médecins en postes de soins primaires, soins ambulatoires.
- La version traduite n'est pas encore validée par une étude rigoureuse, afin de tester la fiabilité entre le texte original et le texte traduit. Surtout, la phase de contre-traduction (du vietnamien vers anglais) n'a pas été réalisée auprès de la WICC (qui est le comité international de la CISP).
- Au Vietnam, il y a une variation linguistique importante entre les régions du pays. Les trois traducteurs sont au Sud, il y a donc une certaine subjectivité linguistique dans le vocabulaire utilisé. Nous craignons que notre version traduite ne soit pas appropriée aux confrères et consœurs des autres régions du pays.
- Comme les professionnels médicaux ne sont pas très sensibilisés au travail purement technique et informatique, la promotion de la CISP dans la pratique clinique s'avère très difficile.

Par ailleurs, sur base de cette version vietnamienne de la CISP, nous avons réalisé divers outils concrets :

- Une petite enquête épidémiologique : une étude de la répartition de pathologies rencontrées dans un échantillon de la population de Hồ Chí Minh-ville est présentée dans un chapitre de cet ouvrage.
- Un DMI destiné aux pratiques de soins ambulatoires a intégré la CISP. Avec cette plateforme, la CISP et le concept d'épisode de soin constituent les noyaux du fonctionnement du DMI. Sur base de cette approche, nous avons développé des outils cliniques : l'aide à décision clinique (*Clinical Decision Rule Reminder*) et le trajet clinique (*Clinical Pathway*). Les détails de ces outils seront présentés dans une partie spécifique de ce chapitre. Le DMI avec la CISP intégrée est distribué gratuitement aux médecins impliqués dans le travail de consultation ambulatoire au Vietnam (téléchargeable à partir du site www.badt.vn).
- Un dictionnaire de terminologie sémantique de la CISP est créé avec la technique ANN (*Artificial Neural Networks*). Le résultat de ce travail est le composant principal du moteur de recherche sémantique. Ce dictionnaire contribuera à faciliter et promouvoir l'utilisation de la CISP au Vietnam.

Malgré ces divers travaux, la version vietnamienne de la CISP doit être scientifiquement validée par un comité compétent, pour adopter également les spécificités linguistiques des différentes régions du Vietnam, et répondre à l'exigence des professionnels travaillant en ligne de soins primaires.

Ces améliorations seront l'objet du prochain travail que nous allons mener dans un futur proche.

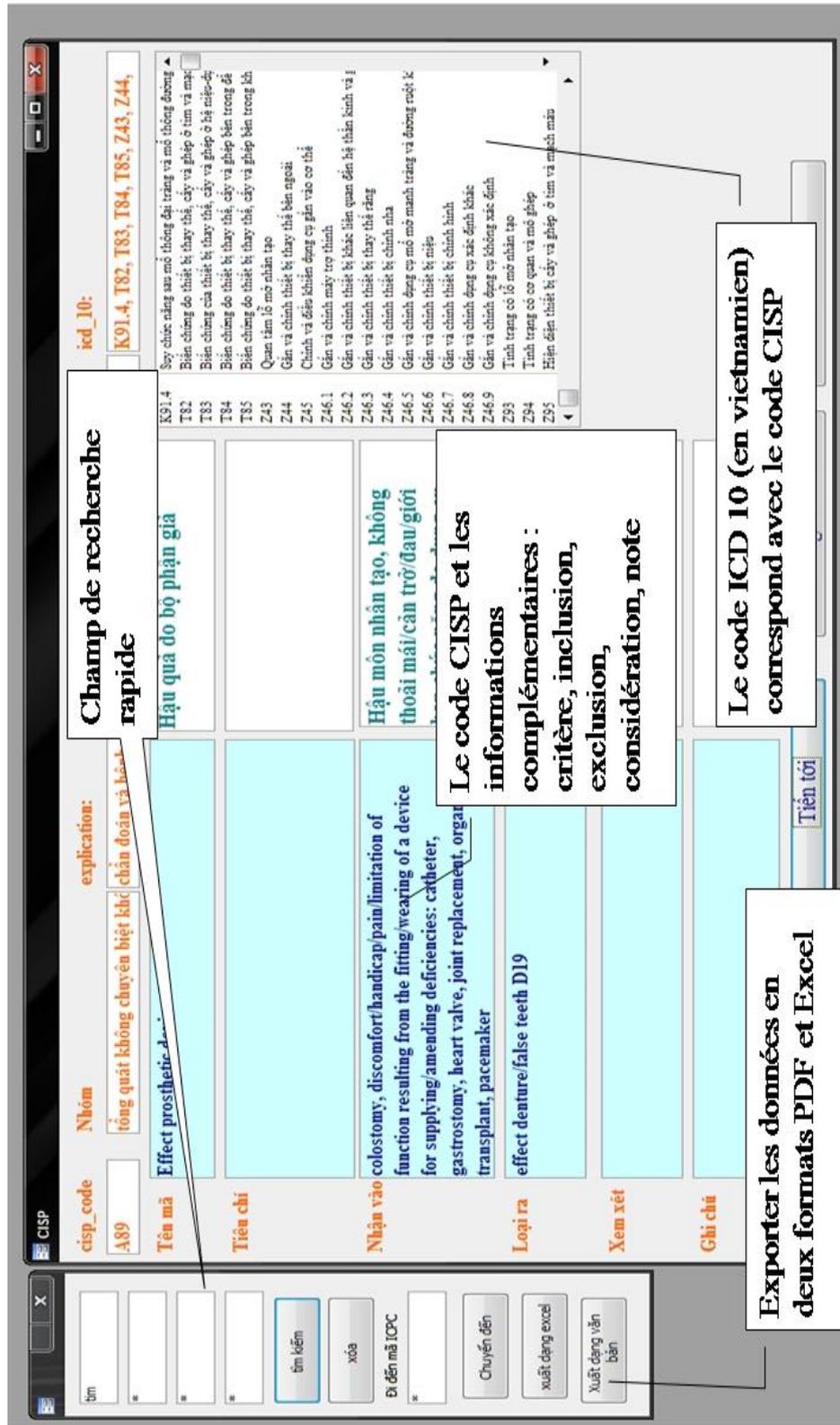


Figure 42. Interface de travail de traduction de la CISP

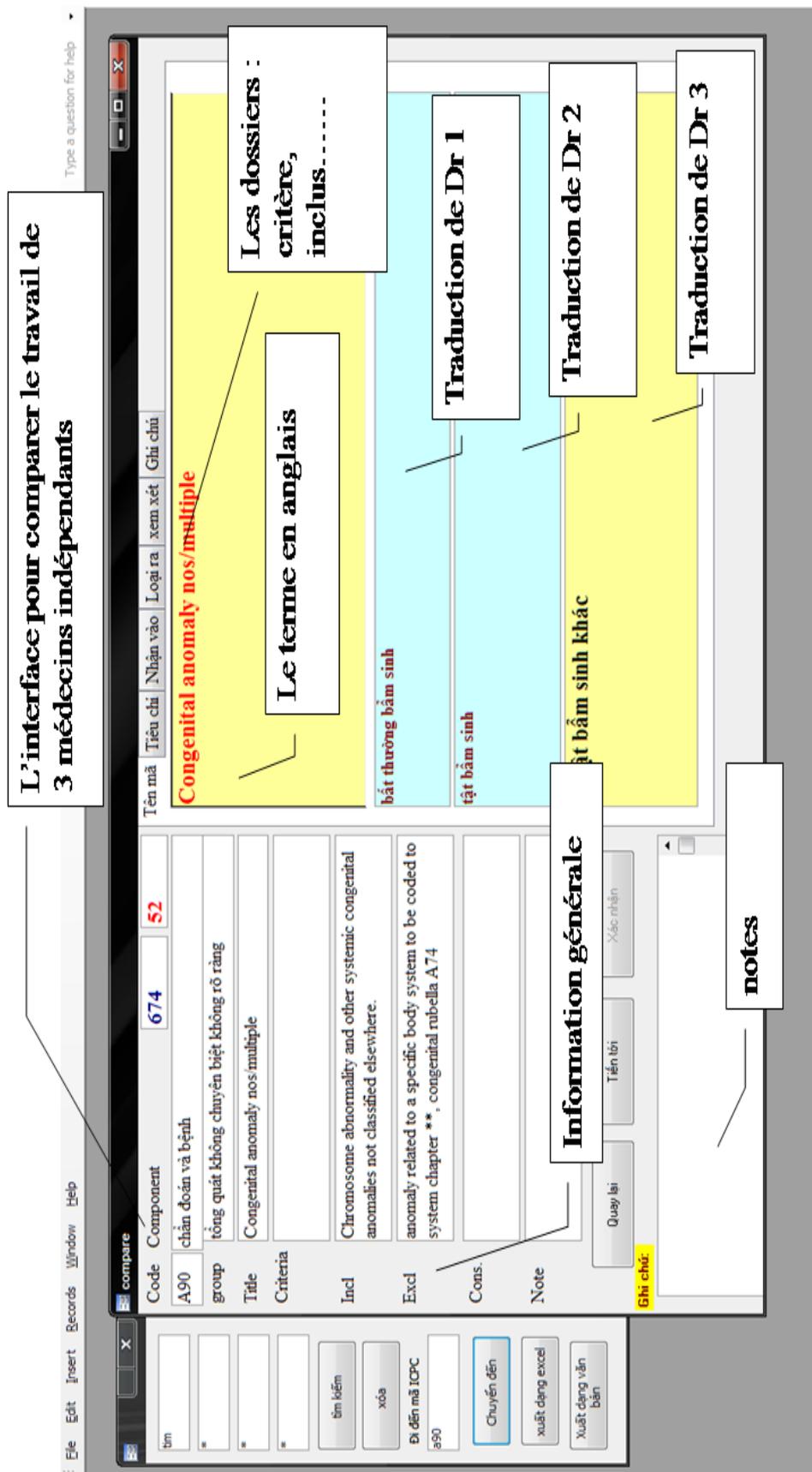


Figure 43. Interface de travail de comparaison des différentes versions traduites de la CISP

3.6.3 Dictionnaire de terminologie sémantique de la CISP2

3.6.3.1 Introduction

Du fait du processus engagé dans notre travail de recherche, la demande de construire un dictionnaire de terminologie de la CISP était née de nos besoins pratiques.

Comme nous l'avons présenté dans le protocole d'enquête, certaines analyses concernent le problème de santé ressenti qui est à l'origine de tous les recours aux soins professionnels en santé.

Toutefois, les raisons qui conduisent à un recours en santé n'existent qu'en format de texte libre, avec parfois des fautes d'orthographe, ce qui n'est donc pas approprié pour l'analyse.

Pour rendre ces données analysables, nous avons besoin d'une classification applicable de la même manière pour les deux pays (Vietnam et Belgique) et qui convienne pour le contexte des soins primaires.

Ce sont ces raisons qui nous ont conduits à l'utilisation de la CISP2 dans l'encodage de notre enquête.

Dès le début de l'encodage, nous avons été confrontés à des difficultés dans ce travail.

Malgré le format intuitif et à visée mnémotechnique en deux pages de la CISP, son usage est loin d'être facile pour des prestataires de soins n'ayant pas l'habitude des procédures d'encodage de données non technologiques et de la routine médicale.

Sur la base de notre expérience personnelle, nous présentons quelques remarques concernant les difficultés d'utilisation de la version papier :

- Il risque d'y avoir une fatigue dans la recherche du code. Même s'il n'y a que deux pages, la liste est relativement longue et donne une charge de travail supplémentaire dans la pratique professionnelle. Il peut en résulter une simplification de cette classification, avec une liste restreinte des codes les plus utilisés. Pourtant, chaque item de la CISP a été construit sur base d'une prévalence-année de 2 pour une population de 2000 patients consultants, et ce dans différentes situations cliniques et dans différents contextes internationaux.

- Le titre du code (version courte) ne comporte que 34 caractères. Il ne décrit pas la complexité et la globalité du concept qui est soumis dans le code. Ces différentes informations sont présentées en détail seulement dans la version complète. Il est illusoire d'attendre des praticiens qu'ils aillent rechercher l'information dans cette version en pleine consultation.
- Le travail sur papier ne peut pas nous donner une vision globale de tous les codes en relation avec le *verbatim*/le problème du patient. Souvent, nous nous sommes trouvés limités dans une liste restreinte des codes regroupés dans une zone par la contrainte physique du format papier. Par exemple, l'expression « maux de tête » peut trouver trois identités dans la CISP en fonction de sa spécificité ou du système organique affecté : N01-mal de tête, N89-migraine, N90-algie vasculaire de la tête. Il peut y avoir des situations où une maladie est classée dans un autre système, pathologiquement différent (comme K90, accident vasculaire cérébral, qui se trouve dans le chapitre des maladies cardio-vasculaires en dépit du fait que cette affection se situe plutôt au niveau du cerveau).
- Une perte de temps significative est associée au travail d'encodage. Or, le temps de contact entre le patient et son prestataire doit être privilégié. Une diminution du temps consacré à cette charge sera encourageante pour la mise en application à grande échelle. Cette difficulté peut néanmoins être acceptée pendant une phase expérimentale.

À partir de cette réflexion sur nos premières expériences concernant l'encodage avec la CISP, est vite apparu le besoin d'avoir une sorte de logiciel qui aide à chercher le code dans la version CISP : un « interface utilisateurs ». Le moteur principal de ce logiciel est un dictionnaire sémantique de la CISP en vietnamien. Ce dictionnaire aide à mettre en contact le langage technique de la classification avec les expressions ou les termes employés dans la vie professionnelle et dans la vie de tous les jours. Pourtant, ce type de dictionnaire n'existait pas au moment de notre enquête.

Les recherches dans la littérature nous éclairent sur plusieurs points intéressants. L'une des approches très connues et développées dans le monde occidental est l'approche taxinomique. Son principe consiste à développer des terminologies extensives en utilisant une série de règles standardisées. Le résultat attendu est un thésaurus qui constitue une liste alphabétique de descripteurs (termes normalisés), constitués eux-mêmes de concepts et de termes ²¹. Il semblait néanmoins que la constitution d'un dictionnaire sur la CISP sur la base de l'approche taxinomique soit difficile à mener au Vietnam.

Les raisons en sont les suivantes :

- Il y a une différence interrégionale significative quant au vocabulaire utilisé dans les expressions locales dont il faut tenir compte dans une approche taxinomique.
- Le vietnamien est une langue monosyllabique. Chaque mot (ou son) n'apporte pas de signification. C'est l'enchevêtrement de plusieurs mots ensemble qui permet de décrire l'élément voulu. Il n'existe donc pas de système de vocabulaire spécifique pour des concepts médicaux, qui sont déjà très difficiles à déchiffrer.
- Le vocabulaire vietnamien demande souvent une interprétation contextualisée. À titre d'exemple, le terme « suy thận », soit l'« insuffisance rénale », peut avoir des significations différentes selon le contexte dans lequel il est employé. Pour la médecine moderne, il signifie une maladie grave, l'« insuffisance rénale » telle qu'elle est entendue en Europe. Toutefois, en médecine traditionnelle, il signifie soit une simple perte de puissance soit un simple mal au dos.
- Nous ne possédons pas assez de ressources pour poursuivre l'approche taxinomique qui demande une expertise propre à cette matière.

Pour ces raisons, nous nous sommes tournés vers la technique ANN (*Artificial Neural Networks*), qui ne demande pas une base de connaissance préalable. L'ANN simule un apprentissage humain des expériences connues normalement pour extraire des pratiques ²².

Un ANN se compose de nœuds appelés « Neurodes » (qui correspondent aux neurones) et les connexions pondérées (qui correspondent à des synapses nerveuses), qui transmettent des signaux entre les Neurodes de manière unidirectionnelle ²².

L'avantage de cette technique est son approche probabiliste, qui détermine la probabilité que tel terme soit accordé à tels codes.

Un dictionnaire de termes utilisant la CISP se réduira simplement à une banque de connexions entre le vocabulaire courant et les codes correspondants : plus la connexion entre les entités (le vocabulaire et le code) est importante, plus la probabilité de parvenir à une telle relation sera importante.

Ces connexions détaillées sont ici construites sur la base des données de recherche, qui sont contrôlées. Ainsi, pour un même événement (plainte ou problème de santé), les données ont été encodées indépendamment par les trois médecins impliqués.

Ces données sont ensuite reprises dans la construction des connexions. Cette approche permet ainsi d'avoir une variation inter-personnes dans l'encodage.

Pour le futur, deux possibilités sont offertes :

- soit son utilisation locale, ce qui présente l'avantage d'une facilité d'emploi croissante pour les utilisateurs, mais avec l'inconvénient d'évolutions discordantes selon les différents utilisateurs,
- soit l'évolution contrôlée et validée par les développeurs sur base de données objectives.

Nous privilégions cette seconde approche.

Ainsi, avec un dictionnaire sémantique de ce type, un outil informatique peut nous proposer une liste des options avec une probabilité correspondante. De cette manière, le résultat de recherche est plus global et plus pertinent, mais, c'est toujours à nous d'accomplir la dernière étape : choisir le code qui convient le mieux.

Un autre caractère intéressant de cette manière de procéder est que la propriété d'apprentissage permet un enrichissement, sur base des expériences passées. Plus les données sont riches, plus le dictionnaire est complet, plus la recherche est précise. Ceci démontre le caractère évolutif de la technique ANN et l'approche probabiliste qui en est le corollaire. C'est par cet aspect probabiliste que nous pouvons développer différentes applications.

3.6.3.2 Construction d'un dictionnaire de terminologie

Le travail s'est divisé en quatre phases consécutives (Figure 44)

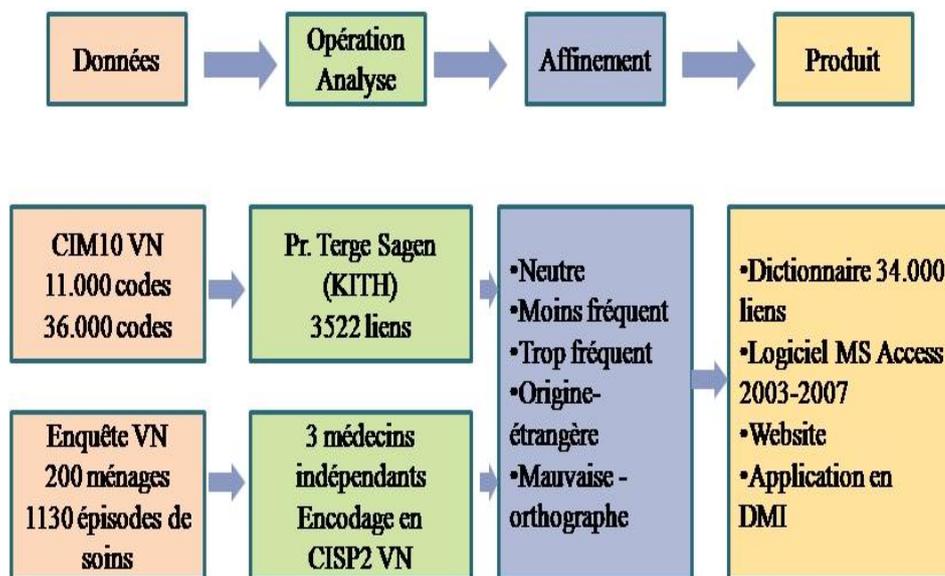


Figure 44. Les étapes dans la construction d'un dictionnaire de terminologie

3.6.3.3 Recueil des données

Le but est de construire une base de données des *verbatim* exprimant des problèmes de santé, des maladies, des plaintes qui vont nourrir notre dictionnaire. Nous avons utilisé deux sources de données :

- La première source est la CIM10. Cette classification a déjà été traduite en vietnamien par l'Etat et est utilisée officiellement dans les établissements sanitaires de tous niveaux. Elle a deux versions : une version simplifiée (qui ne tient pas compte des sous-codes) avec 11000 codes, et une version complète avec 36000 codes.
- La deuxième source provient des données de notre enquête communautaire à Hồ Chí Minh-ville, que nous avons présentée dans le premier chapitre de ce travail. Avec 200 ménages enquêtés, nous avons enregistré 1130 problèmes de santé pendant 2 mois.

3.6.3.4 Analyse des données

Dans cette phase, nous avons établi une relation entre les *verbatim* et les codes de la CISP2. Le traitement des données diffère en fonction de la source des données :

- Pour les données de la CIM10, la demande était de faire une connexion en pont : d'abord du terme vietnamien avec le code de la CIM10 correspondant (déjà disponible) ; ensuite du code de la CIM10 avec le code de la CISP2 pour établir le lien entre le terme vietnamien et le code correspondant dans la CISP2. Le système de transcodage CIM10-CISP2 utilisé a été téléchargé à partir du site <http://www.kith.no> (*Norwegian Centre for Informatics in Health and Social Care*, le 05/10/2010) ²⁰.
- Pour les données de l'enquête, trois médecins vietnamiens volontaires ont travaillé sur l'encodage des problèmes de santé dans l'enquête en CISP2. Les trois versions des données encodées ont été utilisées pour construire ce dictionnaire.

Après avoir élaboré une base de données des *verbatim* – autrement dit des expressions vietnamiennes en lien avec les codes de la CISP –, un logiciel programmé était en charge de couper ces *verbatim*, en mots simples et de les mettre en relation avec la CISP.

Le résultat de ce processus est une base de données de relations entre les mots séparés (vocabulaire simple) et le code de la CISP2. On peut dès lors considérer cette base de données comme un dictionnaire.

3.6.3.5 Affinement de résultat

Ce dictionnaire possède déjà une importante base de données des liaisons entre les mots et les codes qui est très riche. La base est prête à l'emploi.

Afin d'améliorer sa précision, nous avons affiné ce travail en supprimant des mots inutiles, avec des règles prédéterminées.

Ces mots supprimés devaient ainsi appartenir à l'une des catégories suivantes :

- Les mots neutres qui n'ont pas de sens (comme : « là », « thì », etc.) ;
- Les mots moins utilisés, ou trop souvent utilisés (« luật », « bệnh », etc.) ;
- Les mots provenant d'une autre langue que le vietnamien (comme «magnesium », « malariae », etc.) ;
- Les mots mal orthographiés (comme : « viem », « timmach », etc.).

Après avoir affiné les données de la sorte, nous avons obtenu un dictionnaire de 34000 connexions, avec des probabilités spécifiques.

La base de données est présentée avec le format suivant (Tableau 24).

Tableau 24. Exemple de la banque de connexions entre le vocabulaire vietnamien et le code CISP avec pondération

Vocabulaire (le mot vietnamien)	code CISP	Pondération (le point relatif de la connexion entre chaque mot et le code de la CISP)
Ap	A78	2
Ap	A85	3
Ap	A88	12
Ap	R05	1
Ap	D95	3
Au	P01	7
Au	P12	7
Au	P42	3
Au	P68	3

3.6.3.6 Mise en application à travers les outils concrets

Ce dictionnaire ne sera pas utile s'il n'est pas intégré au sein d'un logiciel informatique servant à chercher les codes en CISP2 (soit donc un moteur de recherche pour l'encodage).

Pour cette raison, nous avons programmé deux applications :

- une qui fonctionne sur MS Access 2003-2007, comportant l'interface de travail, de comparaison et le moteur de recherche,
- une autre qui fonctionne en ligne (nous avons écrit la version HTML, programmée en PHP pour être utilisable sur un serveur en ligne ; ceci est consultable sur www.badt.vn/vn_emr/test.php).

Ces applications proposent une interface de travail avec un champ qui reçoit l'information préalable à chercher (les mots-clefs).

Le logiciel proposera une liste des codes supposés en relation avec l'information fournie.

Ces codes sont présentés en ordre décroissant de probabilités, d'après les calculs du logiciel. Plus la probabilité d'une option est importante, plus il y a de chances que le code correspondant se trouve dans les premiers de la liste.

Il est aussi possible que la recherche se concentre sur un système ou un organe spécifique.

Tous ces logiciels ont été proposés gratuitement (téléchargeables sur le site www.badt.vn) et ont aussi été présentés dans les différents colloques en médecine de famille au Vietnam durant les années 2011-2012. Des aperçus d'interface de ces logiciels sont présentés dans l'annexe 7.

3.6.3.7 Discussion

Comme la CISP apparaît seulement à présent au Vietnam, il est difficile de persuader le monde professionnel d'y recourir sans avoir, au préalable, montré les possibilités d'application et les contributions concrètes que cette classification peut avoir dans la pratique professionnelle et la recherche médicale, *a fortiori* dans le contexte des soins ambulatoires.

Pourtant, ce dictionnaire constitue le noyau du moteur de recherche qui facilitera l'encodage, réduira le temps nécessaire pour cette opération tout en améliorant la qualité des données encodées.

Ce dictionnaire peut être intégré dans les DMI, principalement dans le travail en soins ambulatoires où la CISP2 jouerait un rôle prépondérant pour la saisie des données cliniques, tout en permettant de conserver un transcodage avec la CIM10.

Avec ce dictionnaire sémantique en vietnamien, il promouvra l'utilisation de la CISP en en faisant la base élémentaire de ses applications concrètes au Vietnam.

Il convient néanmoins de souligner que notre approche comporte quelques inconvénients, liés à la technique même de l'ANN (*Artificial Neural Networks*).

La mécanique sous-jacente n'est pas toujours bien comprise. Comme le système apprend lui-même sur la base de ses expériences passées, si les essais n'ont pas été correctement conduits, cela peut induire la production de résultats biaisés.

Les résultats sont proposés sous le format de suggestions avec une probabilité, ce qui peut constituer une notion complexe pour certains.

L'utilisateur doit effectuer un choix, parmi les différentes options proposées par le logiciel.

Un autre défaut de ce travail est qu'il manque de données provenant des aspects administratifs, gynéco-obstétriques, pédiatriques, ORL, psychologiques...

En conséquence, le dictionnaire n'est pas très efficace dans la recherche de ces éléments. De plus, le dictionnaire est seulement alimenté par les *verbatim* et les expressions récoltées dans la population du sud du pays (Hồ Chí Minh-ville), aspect problématique étant donné les variations linguistiques.

Toutefois, ce travail ne s'arrête pas là.

Ce dictionnaire évoluera avec les nouvelles données disponibles puisque c'est là l'un des atouts de la technique que nous avons développée : son aspect dynamique évolutif. Nous espérons que le retour de données dans le futur enrichira et perfectionnera ce dictionnaire. Le prochain chapitre présente les premières applications concrètes de la CISP intégrée dans un dossier médical informatisé.

The figure displays three sequential screenshots of a search engine interface for CISP2. Each screenshot shows a search bar with a dropdown menu set to 'ICPC2' and a search button labeled 'Tìm kiếm'. The search results are presented in a table with columns for 'Loại mã', 'Độ phù hợp', 'Mã', and 'Ghi chú'. The search terms 'mỏi lưng', 'nhức lưng', and 'đau lưng' are highlighted in red boxes in the search bars. The results for each search include various codes and descriptions, with some entries marked with a yellow smiley face icon.

Loại mã	Độ phù hợp	Mã	Ghi chú
ICPC2	47	L03	Triệu chứng/ than phiền về thắt lưng
ICPC2	22	A01	đau toàn thân/nhiều vị trí
ICPC2	20	A04	Yếu/mệt toàn thân
ICPC2	17	L02	Triệu chứng/ than phiền về lưng
ICPC2	14	L20	Triệu chứng/ than phiền về khớp không đặc hiệu
ICPC2	12	A80	Chấn thương/ tổn thương khác
ICPC2	12	L84	Hội chứng đau lưng không đau theo rễ

Loại mã	Độ phù hợp	Mã	Ghi chú
ICPC2	68	A01	đau toàn thân/nhiều vị trí
ICPC2	51	L03	Triệu chứng/ than phiền về thắt lưng
ICPC2	27	N01	đau đầu
ICPC2	26	L20	Triệu chứng/ than phiền về khớp không đặc hiệu
ICPC2	22	A04	Yếu/mệt toàn thân
ICPC2	18	L02	Triệu chứng/ than phiền về lưng

Loại mã	Độ phù hợp	Mã	Ghi chú
ICPC2	98	L03	Triệu chứng/ than phiền về thắt lưng
ICPC2	95	L20	Triệu chứng/ than phiền về khớp không đặc hiệu
ICPC2	76	D02	đau thương vị
ICPC2	73	L15	Triệu chứng/ than phiền về đầu gối
ICPC2	56	A01	đau toàn thân/nhiều vị trí
ICPC2	26	L02	Triệu chứng/ than phiền về lưng

Figure 45. Démonstration du rôle du dictionnaire terminologique intégré dans un moteur de recherche en CISP2.

Trois termes différents qui décrivent un même problème « mal au dos » sont présentés ici : « mỏi lưng – fatigue au dos », « nhức lưng, mal au dos » et « đau lưng, douleur au dos ». Il est intéressant de noter que les résultats obtenus sont favorables (les visages souriants). Surtout, les termes donnés ne correspondent pas au code en CISP2. L'ordinateur fait alors sa recherche sur base de la relation conceptuelle, plutôt qu'avec le vocabulaire trouvé sur le titre du code (Figure 45).

3.6.4 Autres applications développées sur base de la CISP2 en vietnamien

Comme nous l'avons présenté précédemment, la CISP est une classification aidant à encoder les données cliniques, à réduire la réalité complexe à quelques signes limités (le code), compréhensibles seulement par l'ordinateur.

Généralement, il n'existe pas une contribution directe de cette classification aux soins cliniques au patient. Dès lors, cette classification doit être intégrée à un système global ou à des applications spécifiques, qui emploient ou sont alimentés par les données encodées, afin que la machine comprenne le monde réel et en restitue la complexité.

Le dossier médical informatisé est utilisé de plus en plus souvent au Vietnam dans la pratique professionnelle médicale à tout niveau.

Pourtant, cette évolution ne se manifeste qu'à travers l'accroissement du nombre d'établissements adoptant ce système informatique, mais aucune manifestation n'est démontrée au niveau de sa contribution.

L'une des raisons est le manque d'applications concrètes, comme nous en avons discuté dans les précédents chapitres.

Avec notre version vietnamienne de la CISP, nous avons élaboré quelques applications expérimentées dans un dossier médical informatisé *open-source* : OPENEMR. Ces essais démontrent les perspectives potentielles de ces applications dans le travail professionnel.

3.6.4.1 Système d'aide à la décision clinique

Le système d'aide à la décision clinique (SADC – CDSS *Clinical Decision Support System*) est un système informatique interactif qui a pour but d'aider le praticien et les autres professionnels en santé à la prise de décision concernant le diagnostic, le pronostic et l'intervention sur la base des données des patients.

De façon générale, le SADC est conçu comme un système de connaissances qui utilise deux ou plusieurs éléments des données du patient pour générer des conseils spécifiques tenant compte de la situation ²³. Une définition du SADC a été proposée par Robert Hayward du *Centre for Health Evidence* : « les systèmes d'aide à la décision clinique mettent en application des observations cliniques et des connaissances en santé pour influencer les décisions cliniques des médecins afin de rendre les soins de santé de meilleure qualité ».

Cette définition a l'avantage de simplifier cette notion à un simple concept fonctionnel, une application majeure de l'intelligence artificielle en médecine.

Une revue systématique de 100 études en 2005 a montré que les SADC ont amélioré la performance des praticiens dans 64% des études et les résultats auprès du patient dans 13% des études ²⁴. Une autre revue systématique de 2005, réalisée sur 70 études (analyse quantitative), a montré que « les systèmes d'aide à la décision ont considérablement amélioré la pratique clinique dans 68% des essais » ²⁵.

Le but principal des SADC est d'aider directement les cliniciens au moment des soins ²². Cela signifie qu'un SADC va interagir avec un clinicien lors du contact avec le patient pour lui suggérer un diagnostic, une évaluation, etc., sur base des données de ce patient. Le clinicien doit fournir l'information nécessaire au système, et il attend ensuite le meilleur choix proposé automatiquement par le SADC. Dès lors, le clinicien va simplement réagir sur base de ces propositions. Dans ce processus, faire comprendre à la machine les données du patient est un pas primordial.

Dans OPENEMR, le module de SADC est disponible et prêt à fonctionner.

Ce qui manque en revanche, c'est la manière de fournir les données du patient de manière à ce qu'elles soient compréhensibles par l'ordinateur.

Originellement, OPENEMR encode le diagnostic en CIM10, ce qui se révèle inapproprié pour le contexte des soins ambulatoires, où la majorité des problèmes de santé ne sont pas spécifiques. Pour cette raison, nous avons développé des SADC basés sur la CISP.

La mise en œuvre de ces SADC a été élaborée sur le dossier médical OPENEMR. La CISP est introduite dans le champ diagnostic à côté de la CIM10. Un registre de diverses règles utilisant les évidences factuelles disponibles dans la littérature a été établi.

- Lorsqu'un patient se présente, un diagnostic est encodé en CISP.
- La machine va alors fouiller automatiquement dans ses données pour trouver des règles correspondantes sur base des critères d'inclusion et des critères d'exclusion qui emploient également les codes de la CISP.
- Si le cas soumis correspond bien aux critères d'inclusion, la machine vérifiera les conditions à satisfaire et lancera les rappels ou les actions programmées.

Ce dispositif a ainsi été testé dans OPENEMR pendant deux mois dans le service de consultation ambulatoire de l'hôpital BinhTan – Hồ Chí Minh-ville.

Avec les règles d'inférence que nous avons développées nous-mêmes, ainsi qu'avec le mécanisme du SADC disponible dans OPENEMR, l'ordinateur a démontré une capacité d'analyse intéressante.

Le temps mis pour analyser les données du patient est court et satisfaisant pour avoir une décision clinique rapide au moment du contact avec le patient.

Ses interventions auraient donc un impact significatif dans les soins apportés au patient.

Il faut toutefois noter que l'utilisation du SADC permettrait seulement d'étayer, d'argumenter, ou de souligner les informations importantes plutôt que de jouer le rôle de décideur qui reste dévolu au praticien.

Nous regrettons de ne pas avoir pu évaluer l'impact contributif du SADC avec la CISP vietnamienne dans un DMI par le biais d'une étude clinique.

Cependant, nos tentatives sont les premières expériences de ce type au Vietnam, *a fortiori* dans le contexte des soins ambulatoires.

La limite de ce système tient à la complexité et à l'abondance des règles disponibles, pouvant surcharger la consultation d'informations surgissant à tout propos, et induisant une consommation de ressources informatiques importante que tous les systèmes matériels ne peuvent supporter.

Tableau 25. Quelques exemples et leur explication de SADC en CISP.

Nom de la règle	Type de rappel	Intervalle de rappel	Critère d'inclusion, d'exclusion	Conditions à satisfaire		Action à mener	
				Conditions	Fréq d'évaluation		
Suivi du diabète stable	Actif	1 mois avant la date critique	Inclusion : diagnostic ayant le code T90 * Exclusion : non	Mesurer HBA1C sanguine	>=2	Un an	Consulter la recommandation de bonne pratique (suivre le lien site web spécifique)
				Examen du fond d'œil	>=1	Un an	Rédiger une lettre de référence
				Examen du pied	>=1	Un an	Aucune action
Ces règles s'appliquent au cas où le patient est diagnostiqué comme diabétique (T90 -CISP). L'ordinateur va vérifier si les conditions sont satisfaites : mesurer le HBA1C au moins 2 fois par un ; faire examiner le fond d'œil au moins une fois par an par un ophtalmologue ; examiner le pied pour détecter les complications éventuelles du diabète au moins une fois par an. Si l'une des conditions n'est pas satisfaite, l'ordinateur lancera automatiquement un rappel (rappel actif) à chaque fois que le dossier est consulté. Sur le rappel, il proposera les actions correspondantes ou des raccourcis pour remplir les exigences impératives.							
Hypertension artérielle	Passif	1 mois avant la date critique	Inclusion : diagnostic ayant le code K86 Exclusion : non	Consulter la recommandation de bonne pratique	>=2	Un an	Consulter la recommandation de bonne pratique (suivre le lien site web spécifique)
Ces règles s'appliquent au cas où le patient est diagnostiqué avec une hypertension artérielle sans complication (K86 -CISP). L'ordinateur va demander si le docteur a été voir ou mettre à jour la connaissance de la recommandation de bon pratique de l'hypertension artérielle au moins 2 fois par an. Si cela n'est pas le cas, le dossier de ce patient reçoit un message de rappel avec un raccourci pour aller consulter la recommandation de bonne pratique.							

3.6.4.2 Itinéraires cliniques

L'itinéraire clinique, ou approche clinique schématisée (*clinical pathway – medical algorithm*), est définie comme une approche mobilisant toutes les techniques, les ressources, la collaboration multidisciplinaire afin d'atteindre un résultat voulu dans une population identifiée.

L'itinéraire clinique est donc la manière d'optimiser le plan d'intervention afin d'obtenir une meilleure qualité et une plus grande efficacité (*Netwerk Klinische Paden, 2001*).

Très développées, ces approches sont intégrées dans les DMI pour aider le clinicien.

Quelques ressources sont également consultables sur Internet (www.mapofmedicine.com; www.medpathways.info; www.orionhealth.com; www.openclinical.org; www.e-p-a.org).

L'itinéraire clinique est souvent présenté sous la forme d'un schéma multi-étapes avec des nœuds de décision.

- À chaque étape, le praticien reçoit des recommandations qui sont les signes cliniques à rechercher ou bien les interventions médicales (médicament et/ou chirurgie) à envisager.
- Ensuite, en fonction des données cliniques disponibles ou des nouvelles données trouvées chez le patient, le praticien doit décider quelle sera la prochaine étape à suivre.

Il y a donc une différence fondamentale entre une recommandation de bonne pratique et un itinéraire clinique. Or, l'itinéraire clinique permet d'intégrer les éléments spécifiques de chaque patient identifié, lui permettant de proposer l'intervention la plus appropriée et spécifique au patient.

Généralement, l'itinéraire clinique est utilisé dans toutes les disciplines médicales, aussi bien pour les spécialistes que pour le médecin de famille. Cependant, en médecine de famille, cette approche possède quelques points spécifiques :

- L'itinéraire clinique est construit autour du problème de santé (y compris la santé) plutôt que sur une maladie spécifique. Cette différence est fondamentale et propre au travail du médecin de famille, qui rencontre ses patients très tôt lors d'un épisode de maladie.
- Le contexte des soins de première ligne possède des ressources limitées, aussi bien au sens large que pour les équipements médicaux. L'itinéraire clinique doit donc être adapté et faisable.

Avec la CISP en vietnamien, il demeure possible de développer les itinéraires cliniques centrés sur le problème de santé et intégrés dans un DMI vietnamien.

La CISP sera alors utilisée comme un langage intermédiaire entre la machine et le patient complexe. L'ordinateur cherche dans les données si le patient présente un ou des problèmes de santé connus.

Dès lors, l'ordinateur proposera automatiquement un ou des itinéraires cliniques correspondants et ce, au cours du contact avec le patient. De cette manière, cette approche a prouvé de manière significative son utilité pour réduire les erreurs médicales et améliorer la qualité des soins ²⁶.

En intégrant ces éléments dans le dossier médical OPENEMR, nous avons élaboré quelques itinéraires cliniques basés sur la CISP en vietnamien.

Le contenu des itinéraires cliniques est développé à l'aide des recommandations de bonne pratique connues et certifiées où toutes les étapes sont argumentées autour des problèmes de santé bénéficiant d'un code CISP.

Ensuite, ce système est intégré dans OPENEMR comme un module complémentaire. Lorsque ce module est activé, l'ordinateur cherche activement dans les données du patient si un problème de santé est reconnu.

Une fois le problème de santé identifié, l'ordinateur proposera un itinéraire clinique en conséquence. Le praticien recevra un message d'alerte qui montre un lien direct au schéma de l'itinéraire clinique (Tableau 25).

Ce système a été testé dans une phase pilote pendant deux mois au service de consultation ambulatoire de l'hôpital BinhTan – Hồ Chí Minh-ville.

À travers ces exercices, nous avons trouvé que le système d'itinéraires cliniques basé sur la CISP fonctionne parfaitement dans OPENEMR dans le contexte des soins ambulatoires. Bien que la majorité des problèmes de santé restent non identifiés en tant que maladies spécifiques, ils sont néanmoins bien reconnus et encodés par la CISP.

Ce système d'itinéraires cliniques peut donc servir dans presque tous les cas consultés.

Même si nous n'avons pas pu faire valider scientifiquement la valeur ajoutée de la CISP en vietnamien dans le système d'itinéraires cliniques intégré dans le DMI, ces expériences restent néanmoins très positives et satisfaisantes.

3.6.5 Participation active en faveur de la CISP vietnamienne

Tous ces travaux concernant la CISP vietnamienne seront moins utiles s'ils ne rendent pas service aux utilisateurs finaux.

Il faut donc que le monde médical au Vietnam soit informé de cette classification, de ses concepts et surtout des finalités qu'elle offre dans le domaine des soins ambulatoires où elle est susceptible d'être utilisée.

Il faut que les professionnels en santé acceptent et utilisent cette classification et les outils qui y sont liés dans leur pratique courante afin de déployer toutes les perspectives permises par ces outils.

Il faut, en ce sens, que les nouvelles applications soient développées et renouvelées par une équipe compétente, en s'adaptant aux exigences permanentes.

Pourtant, dans le cadre de notre travail de thèse, les ressources sont très limitées pour une telle entreprise.

Nous avons donc cherché à diffuser largement cette classification, dans le but d'attirer l'attention et la participation des partenaires facultaires, des établissements sanitaires et des professionnels de santé. Diverses activités ont été menées dans différents champs en ce sens.

Nous pouvons ainsi évoquer :

- Des présentations orales et des posters dans les différents congrès locaux et nationaux, surtout concernant le contexte de la médecine de famille : à ThaiNguyen en novembre 2010, à VungTau en mars 2011, à Huê en septembre 2011, à Hanoï en novembre 2012.
- La participation au colloque annuel de WICC, à Gand en octobre 2010, où nous avons eu beaucoup de commentaires positifs concernant ce travail de traduction de la CISP en vietnamien. Même si la validation de cette version traduite n'est pas réalisée, le Vietnam appartient au groupe de pays utilisant la CISP, grâce à nos actions.
- Une présentation aux journées du « CISPclub » à Bruxelles, en octobre 2012.
- L'intégration de la CISP dans un dossier médical informatisé en *open source* : OPENEMR ²⁷. Ce logiciel est disponible gratuitement en ligne, à travers la plateforme d'information www.badt.vn.
- La diffusion de la version électronique de la CISP vietnamienne dans les départements de médecine de famille de six facultés médicales au Vietnam. Cette version est conçue pour être prête à utiliser les applications informatiques.
- Une plateforme d'information en ligne de la CISP et du DMI, intégrant les principes de soins ambulatoires comme le concept d'épisode de soins, la CISP

pour l'encodage de problèmes de santé, la structure SOAP du fichier de suivi, etc.

- Le développement de quelques outils informatiques basés sur la CISP : moteur de recherche sémantique, système d'aide à la décision clinique, itinéraires cliniques.
- Une étude de la répartition du type de pathologies rencontrées en ambulatoire à Hồ Chí Minh-ville, utilisant principalement la CISP dans son raisonnement.

Même si nos activités en ce domaine sont conséquentes, les résultats restent pour l'instant assez faibles. La participation des autres partenaires et la promotion de la CISP ne sont pas encore réellement visibles à l'échelon national. En conséquence, il faut que les prochaines actions soient plus ciblées, participatives et durables dans la perspective d'implanter et de faire perdurer la CISP au Vietnam.

Références

1. Kühlein T, Zoller M, Bhend H. Qui possède les données possède le pouvoir. *PrimaryCare*. 2010;10:2.
2. Freidson E. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press ed.; 1988.
3. Ministry of Health Vietnam. Joint annual health review 2010 Vietnam's Health System on the Threshold of the Five-year Plan 2011-2015. In. Hanoi; 2010:1-254.
4. Ministry of Health Vietnam. Joint annual health review 2007 of Vietnam. In. Hanoi; 2007:1-101.
5. Prime ministre Vietnam. Phê duyệt chương trình quốc gia về ứng dụng công nghệ thông tin trong hoạt động của cơ quan nhà nước giai đoạn 2011-2015. In Hanoi; 2010: 31.
6. Bộ y tế [Ministry of Health-Vietnam]. Hội nghị quốc gia về ứng dụng công nghệ thông tin ngành y tế lần thứ VI [The 6th national conference about information technology applications in the healthcare sector]. In: Các giải pháp ứng dụng công nghệ thông tin góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, giảm tải bệnh viện. Hà Nội: Bộ y tế; 2012.
7. Roland M, Jamouille M. Critiques et autocritiques. A propos de la Classification internationale des soins primaires (CISP). In. Bruxelles; 1996.
8. Froom J. ICHPPC-2-an improved classification system for family practice. *J Fam Pract*. 1980;10:791-2.
9. WONCA. ICHPPC-2 (International Classification of Health Problems in Primary Care): Oxford: Oxford University Press; 1979.
10. Jamouille M, Roland M, Humbert J, Brulet J. *Traitement de l'information médicale par la classification internationale des soins primaires CISP2* 2ed. Bruxelles; 2000.
11. Klinkman M. WICC and ICPC: what is Wonca's international Classification of Primary Care? In: *ehealth in primary care tomorrow: the multilingual and multicultural european perspective*. Gent - Belgium; 2010.
12. Hofmans-Okkes IM, Lamberts H. The International Classification of Primary Care (ICPC): new applications in research and computer-based patient records in family practice. *Fam Pract*. 1996;13:294-302.
13. Okkes I, Jamouille M, Lamberts H, Bentzen N. ICPC-2-E: the electronic version of ICPC-2. Differences from the printed version and the consequences. *Fam Pract*. 2000;17:101-7.

14. Brage S, Bentsen BG, Bjerkedal T, Nygard JF, Tellnes G. ICPC as a standard classification in Norway. *Fam Pract.* 1996;13:391-6.
15. Heselmans A, Aertgeerts B, Donceel P, Geens S, Van de Velde S, Ramaekers D. Family physicians' perceptions and use of electronic clinical decision support during the first year of implementation. *J Med Syst.* 2012;36:3677-84.
16. Huibers LA, Moth G, Bondevik GT, et al. Diagnostic scope in out-of-hours primary care services in eight European countries: an observational study. *BMC Fam Pract.* 2011;12:30.
17. Okkes IM, Polderman GO, Fryer GE, et al. The role of family practice in different health care systems: a comparison of reasons for encounter, diagnoses, and interventions in primary care populations in the Netherlands, Japan, Poland, and the United States. *J Fam Pract.* 2002;51:72-3.
18. Letrilliart L, Viboud C, Boelle PY, Flahault A. Automatic coding of reasons for hospital referral from general medicine free-text reports. *Proc AMIA Symp.* 2000:487-91.
19. Jamouille M, Roland M, Blanc HW. [Utilization and limitation of the International Classification of Primary Care]. *Rev Med Brux.* 1994;15:139-43.
20. Norwegian centre for informatics in health and social care: ICPC2-2e. 2008. (Accessed 2010, at http://www.kith.no/templates/kith_WebPage__1062.aspx).
21. Roland M, Jamouille M, Dendeau B. *Approches taxinomiques en médecine de famille.* CARE ed. Bruxelles; 1996.
22. Berner ES. *Clinical Decision Support Systems: Theory and Practice.* 2nd ed. New York: Springer; 2007.
23. Wyatt J, Spiegelhalter D. Field trials of medical decision-aids: potential problems and solutions. *Proc Annu Symp Comput Appl Med Care.* 1991:3-7.
24. Garg AX, Adhikari NK, McDonald H, et al. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: a systematic review. *JAMA.* 2005;293:1223-38.
25. Kawamoto K, Houlihan CA, Balas EA, Lobach DF. Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success. *BMJ.* 2005;330:765.
26. Johnson KA, Kantor G, Svirbely JR, Sriram, Smith JW, Rodriguez JR. Implementing Medical Algorithms to Reduce Medical Errors. In: *AMIA Annual Symposium Proceedings;* 2002:1054.
27. Supporting OpenEMR, a Free Open Source Electronic Health Record. 2013. (Accessed 10/05/2013, 2013, at <http://www.oemr.org/>).

CHAPITRE 4

Discussion générale

Comme nous l'avons montré dans notre premier chapitre, dans le contexte difficile des années d'après-guerre, l'État vietnamien a progressivement évolué vers une économie de marché. L'effondrement du système soviétique a diminué l'aide extérieure qu'il recevait. Cette évolution économique a bouleversé très rapidement la répartition des ressources et a grandement influencé l'évolution sociale et sanitaire du pays.

Les coopératives agricoles communales, qui finançaient en grande partie les postes de soins primaires, bien répartis sur le territoire, ont disparu et le gouvernement vietnamien a favorisé préférentiellement le financement des hôpitaux. Les PSP, dépourvus d'un financement correct, ont progressivement été délaissés par les soignants puis par la population. Actuellement, ils servent essentiellement aux campagnes de vaccination.

La population s'est donc tournée vers les hôpitaux pour se faire soigner. L'inscription à l'hôpital a d'ailleurs été une condition pour obtenir la couverture des soins de santé et la fourniture de médicaments.

Il faut encore noter, dans l'évolution du système de santé, le développement du secteur sanitaire privé.

Il y a donc au moins deux sources d'inégalités en santé. D'une part, la population urbaine a de nombreux hôpitaux à disposition, dans un environnement relativement proche alors que les populations rurales ou vivant en périphérie des grandes villes ont beaucoup plus de difficultés d'accès aux institutions de soins. D'autre part, les soins deviennent de plus en plus coûteux et sont donc inaccessibles à la partie la plus démunie de la population.

L'affaiblissement de la première ligne de soins, proche de la population, et l'attraction des malades vers l'hôpital même pour des problèmes de santé ne nécessitant pas d'interventions à haut niveau de technicité, ont donc créé une surcharge hospitalière, source d'inefficience pour le système.

Dans la littérature, les preuves sont nombreuses qui montrent que l'existence d'une première ligne de soins forte est une condition indispensable au bon fonctionnement d'un système de soins de santé.

Une première ligne de soins forte nécessite un personnel compétent et une implantation dans la communauté, pour assurer une bonne connaissance de la population et de son milieu de vie.

Elle peut ainsi suivre la population dans ses besoins au quotidien, créer un climat de confiance, assurer les premiers contacts du patient avec le système de santé, prévenir et traiter les problèmes de santé ne nécessitant pas de soins sophistiqués et référer les patients aux institutions offrant des soins plus ciblés, plus lourds. Ainsi, la complémentarité des deux lignes devrait être assurée le plus efficacement possible.

Parmi les acteurs de la première ligne de soins (infirmière, kinésithérapeute, pharmacien, etc.), le médecin de famille joue souvent le rôle de coordinateur des soins, le pivot central.

Développer la médecine de famille constitue donc une piste prioritaire pour le gouvernement vietnamien pour rétablir le système de santé.

Le présent travail avait pour premier objectif d'argumenter l'apport possible de la médecine de famille au système de santé vietnamien.

Les sources hospitalières des données sanitaires ne donnant qu'une image tronquée de la réalité du vécu de la population, en termes de problèmes et de soins de santé, nous avons fait le choix de réaliser une enquête directe auprès de la population, permettant d'obtenir des précisions individuelles impossibles à obtenir dans les registres officiels.

Le choix d'une étude rétrospective basée sur un questionnaire expose, en pratique, à des biais :

- Des difficultés de remémoration peuvent provoquer une sous-évaluation des problèmes et recours en santé.
- Une influence inverse peut être liée à l'effet de télescopage qui consiste à positionner dans la période considérée des événements en santé antérieurs à la période étudiée.

Une évaluation plus précise de ces biais a fait l'objet d'une analyse détaillée qui sera présentée dans l'annexe 9.

Nous avons opté pour une analyse groupée de deux populations aléatoires supposées représentatives des populations urbaine et rurale locales.

Nous avons postulé que la population totale ainsi étudiée approchait la réalité de la région de Hồ Chí Minh-ville.

Même si les paramètres socio-démographiques et les données recueillies dans chaque sous-population sont très comparables, la taille de chaque échantillon et sa représentativité peuvent prêter à débat.

Certaines particularités des deux communes étudiées, liées à des conditions locales spécifiques (comme, par exemple, la distance séparant les habitants des polycliniques ou des établissements hospitaliers), peuvent gêner l'interprétation des résultats et leur généralisation.

Nous avons également contrôlé la validité de nos données en les comparant à celles des études nationales ou internationales disponibles.

Dans le même temps, la réalisation d'une enquête du même type en Belgique, où la première ligne de soins est bien développée, avait pour objectif de comparer, de manière prudente, la situation des deux pays en termes d'écologie des soins de santé, de consommation de soins et d'épidémiologie.

Les résultats de nos études ont été abondamment discutés dans chaque chapitre. Nous reprendrons ici les éléments les plus généraux.

- Le service hospitalier de consultation ambulatoire occupe une place importante dans le modèle d'écologie des soins de santé au Vietnam. Si les prestations de soins sont majoritairement des consultations simples, elles sont toutefois prises en charge par des médecins exerçant dans des structures hospitalières parfois éloignées du lieu de vie du patient.
- Ce type de recours aux structures hospitalières est lié à l'absence de remboursement par l'assurance maladie des soins ambulatoires hors du contexte hospitalier, le même système s'appliquant également pour les médicaments. Ceci peut expliquer le recours en masse à l'hôpital pour une consultation simple.

En termes de consommation de soins,

- la consultation simple à l'hôpital et l'achat de médicaments sans avis médical à la pharmacie représentent une grande partie des recours de la population vietnamienne.
- L'usage abusif ou inapproprié de médicaments représente un risque non négligeable pour la population, mais reste un moyen abordable pour les

patients de soulager certains problèmes de santé sans coût excessif. En termes de santé publique, c'est évidemment tout à fait inconcevable de laisser le patient sans avis éclairé sur la pertinence du traitement.

En Belgique,

- le cabinet du médecin traitant joue le rôle de première ligne du système de santé et absorbe la plupart des besoins de soins de santé de la population. Ici, le point d'entrée du système sanitaire est bien établi au niveau du médecin généraliste.
- L'achat libre de médicaments est très réduit grâce à une contrainte de visite médicale pour en obtenir le remboursement. Peu de médicaments sont par ailleurs en vente libre.

Comme le système sanitaire du Vietnam, avec son réseau de PSP, avait été décrit comme exemplaire grâce à sa bonne couverture territoriale, force est de constater qu'une solution aux problèmes actuels du système de santé pourrait être la réhabilitation des PSP.

Cette réhabilitation devrait se concevoir en termes de ressources humaines, d'équipement et de gestion des soins de santé (remboursement des patients, accès aux médicaments).

La médecine de famille pourrait très bien y être pratiquée si des médecins formés à ses concepts y étaient mis en place et revalorisés.

En effet, la proximité avec le lieu de vie permettrait d'assurer le premier contact de la population avec le système de santé, la prise en charge globale du patient, la continuité des soins, le suivi dans le temps et la coordination des différents intervenants en santé.

Un dernier volet également important de la réhabilitation est celui de la restauration de la confiance de la population en ces postes.

En termes d'épidémiologie, nous avons mis en évidence les tendances actuelles au Vietnam.

Pays en transition épidémiologique, le recul des pathologies infectieuses est confirmé et l'apparition de maladies non transmissibles également.

Nous avons présenté une répartition détaillée des différents problèmes de santé : les maladies et surtout les préoccupations sanitaires que sont les plaintes, les symptômes et même les demandes administratives en santé.

Il est important que l'acteur de terrain que sera le médecin de famille comprenne les besoins de la population et qu'il s'équipe des compétences nécessaires.

Notre travail peut donc servir de référence aux Départements de Médecine de famille qui développent le curriculum de formation qui doit être proposé aux futurs médecins de famille.

Au Vietnam comme au niveau planétaire, la médecine de famille souffre d'un manque de productions scientifiques. Ce point faible explique en grande partie les difficultés que cette discipline rencontre en termes de reconnaissance et de légitimité.

La CISP constitue un puissant outil permettant d'uniformiser l'enregistrement des données dans le domaine des soins de santé primaires.

De première utilité pour le médecin lui-même, l'utilisation d'un langage commun et partagé permet l'agrégation de ses données à des fins de recherche et d'évaluation.

Les publications scientifiques qui peuvent en découler devraient assurer une meilleure intégration au sein des milieux académiques locaux et internationaux et une argumentation plus étayée auprès des autorités sanitaires qui décideront des grands choix de demain en matière de politique de santé.

Nous avons jugé important de consacrer une partie importante de ce Doctorat à une démarche d'appropriation de la CISP par les médecins de famille du Vietnam.

Pour les besoins d'analyse, nous avons développé notre connaissance de la classification internationale des soins de santé primaires.

Nous en avons ensuite réalisé une traduction en vietnamien. Ceci nous a permis, dans une perspective de recherche-action, d'impliquer des collègues vietnamiens dans l'encodage des données.

Nous savons que l'uniformisation dans la saisie des données en soins primaires reste un projet complexe et inachevé, même dans les pays qui figurent au nombre des fondateurs de la CISP.

Il nous a toutefois semblé important de frapper à la porte de l'association internationale qu'est le CISP-Club et d'y enclencher le processus d'adhésion du Vietnam.

Beaucoup de pistes s'offrent encore à nous pour l'avenir, mais nous avons dû limiter notre champ d'action dans le cadre du doctorat.

Nous pouvons prendre, pour base de réflexion aux perspectives à envisager, le pentagone du partenariat de Charles Boelen (Figure 46) dans lequel, les partenaires influençant la politique en matière de santé sont les suivants : les décideurs politiques, les gestionnaires de santé, les universités et autres lieux de formation, les professionnels de santé et les communautés de population.

Le pentagone du partenariat

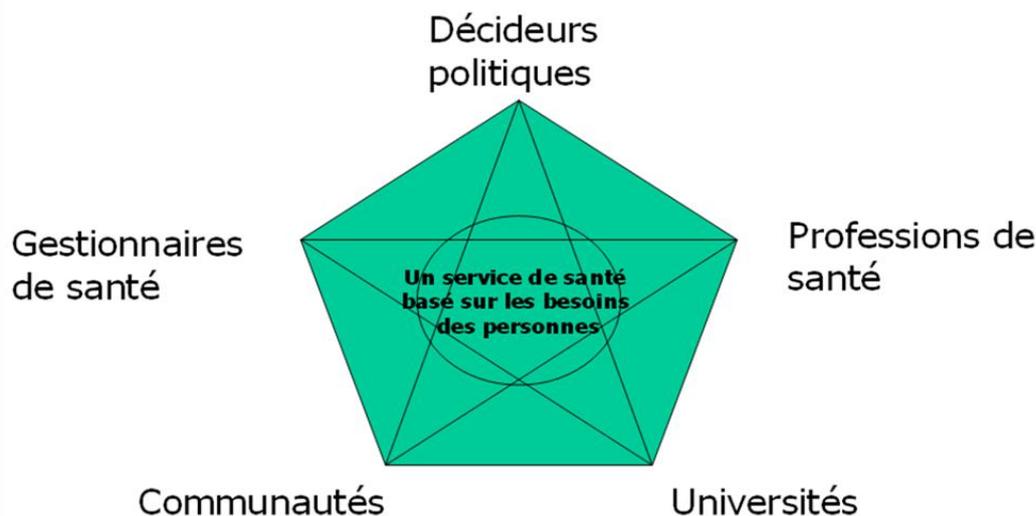


Figure 46. Le pentagone du partenariat en santé. D'après Ch. Boelen, OMS, 2000.

Nous sommes allés à la rencontre de la population et avons pu objectiver ses besoins et attentes en termes de santé.

Il faudrait également proposer une enquête permettant d'investiguer la représentation qu'a la population de sa santé et de l'offre de soins.

Il serait intéressant de voir ce que le citoyen souhaite comme futur en termes d'offre sanitaire. Des recherches qualitatives seraient ici nécessaires.

Nous nous sommes intéressés aux retombées immédiates de notre travail en termes de formation à la médecine de famille.

L'évolution de ce curriculum devrait suivre l'évolution des mentalités ainsi que celle de l'épidémiologie afin de préparer au mieux les futurs professionnels.

La manière d'enseigner les concepts de la médecine de famille n'a pas du tout été abordée dans ce travail, mais elle constitue un champ passionnant de recherche également.

Les professionnels de santé déjà en place devraient également être entendus en termes d'attentes de formation et de carrière.

Il serait utile de s'intéresser également aux moyens de susciter les vocations auprès des étudiants en médecine.

Nous n'avons évoqué que les médecins de famille, mais les autres acteurs de la première ligne doivent également faire l'objet d'une attention particulière si on veut

atteindre la création d'un véritable réseau de professionnels compétents et complémentaires autour du patient ambulatoire.

Les gestionnaires de santé ainsi que les décideurs politiques ont un rôle important dans l'adaptation de la législation et des réglementations professionnelles et d'action sociale.

Nous sommes persuadés que d'autres, plus compétents dans ce domaine, auront à cœur de compléter les travaux concernant le partenariat et d'œuvrer dans le même sens au bien du système de santé vietnamien.

BIBLIOGRAPHIE

Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services ? WHO Regional Office for Europe 2004.

Bentsen BG. International Classification of Primary Care. Scand J Prim Health Care. 1986;4:43-50.

Berner ES. Clinical Decision Support Systems: Theory and Practice. 2nd ed. New York: Springer; 2007.

Bindman AB, Forrest CB, Britt H, et al. Diagnostic scope of and exposure to primary care physicians in Australia, New Zealand, and the United States: cross sectional analysis of results from three national surveys. BMJ. 2007;334:1261.

Boelen C. New scope, new hopes. Towards unity for health 2000;1:1-2.

Bộ y tế [Ministry of Health-Vietnam]. Hội nghị quốc gia về ứng dụng công nghệ thông tin ngành y tế lần thứ VI [The 6th national conference about information technology applications in the healthcare sector]. In: Các giải pháp ứng dụng công nghệ thông tin góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, giảm tải bệnh viện. Hà Nội: Bộ y tế; 2012.

Brage S, Bentsen BG, Bjerkedal T, et al. ICPC as a standard classification in Norway. Fam Pract. 1996;13:391-6.

Chou LF. The ecology of mental health care in Taiwan. Adm Policy Ment Health. 2006;33:492-8.

Corens D. Health system review: Belgium Health systems in transition. 2007;9:1-172.

Demarest S, Gisle L, Hesse E, et al. Synthèse : enquête de santé par interview en Belgique. Belgique: Institut scientifique de la santé publique; 2004.

Dovey S, Weitzman M, Fryer G, et al. The ecology of medical care for children in the United States. *Pediatrics*. 2003;111:1024-9.

Dung PH. The political process and the private health sector's role in Vietnam. *Int J Health Plann Manage*. 1996;11:217-30.

Dung PH. Private health sector growth in Vietnam. In: Vietnam health week. Hanoi-Vietnam; 1999.

Dương HL, Nguyễn HL, Dương ĐT, et al. Report on review of primary health care performance in Vietnam. Hanoi; 2004.

Freidson E. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press ed.; 1988.

Fritzen SA. Fiscal decentralization, disparities and innovation in Vietnam's Health Sector. In: Litvack J, Rondinelli D, eds. *Market reform in Vietnam: building institutions for development*. Westport, CT: Quorum Books; 1999.

Fritzen SA. Legacies of primary health care in an age of health sector reform: Vietnam's commune clinics in transition. *Soc Sci Med*. 2007;64:1611-23.

Froom J. ICHPPC-2: an improved classification system for family practice. *J Fam Pract*. 1980;10:791-2.

Fryer GE, Green LA, Dovey SM, et al. Variation in the ecology of medical care. *Ann Fam Med*. 2003;1:81-9.

Garg AX, Adhikari NKJ, McDonald H, et al. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: a systematic review. *JAMA*. 2005;293:1223-38.

Gerken S, Merkur S. Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2010;12:1-266.

Giet D. [Ecology of medical care, the square of White, primary care and general practice.] *Rev Med Liège*. 2006 ;61 :227-84.

Giet D. Les grands défis à relever en médecine générale. *La Revue de la Médecine générale*. 2008;252:154-6.

Green LA, Fryer GE, Yawn BP, et al. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med*. 2001;344:2021-5.

Hà NTH, Berman P, Larsen U. Household utilization and expenditure on private and public health services in Vietnam. *Health Policy Plan*. 2002;17:61-70.

- Heselmans A, Aertgeerts B, Donceel P, et al. Family physicians' perceptions and use of electronic clinical decision support during the first year of implementation. *J Med Syst.* 2012;36:3677-84.
- Hofmans-Okkes IM, Lamberts H. The International Classification of Primary Care (ICPC): new applications in research and computer-based patient records in family practice. *Fam Pract.* 1996;13:294-302.
- Horder J, Horder E. Illness in general practice. *Practitioner.* 1954;173:177-87.
- Huibers LAMJ, Moth G, Bondevik GT, et al. Diagnostic scope in out-of-hours primary care services in eight European countries: an observational study. *BMC Fam Pract.* 2011;12:30.
- Jamouille M, Roland M, Blanc HW. [Utilization and limitation of the International Classification of Primary Care]. *Rev Med Brux.* 1994;15:139-43.
- Jamouille M, Roland M, Humbert J, et al. *Traitement de l'information médicale par la classification internationale des soins primaires CISP2 2ed.* Bruxelles; 2000.
- Johnson KA, Kantor G, Svirbely JR, et al. Implementing Medical Algorithms to Reduce Medical Errors. In: *AMIA Annual Symposium Proceedings*; 2002:1054.
- Kawamoto K, Houlihan CA, Balas AE, et al. Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success. *BMJ.* 2005;330:765.
- Klinkman M. WICC and ICPC: What is Wonca's international Classification of Primary Care? In: *e-health in primary care tomorrow: the multilingual and multicultural European perspective.* Gent - Belgium; 2010.
- Kühlein T, Zoller M, Bhend H. Qui possède les données possède le pouvoir. *Primary Care.* 2010;10:2.
- Lê VT, Nguyễn HH, Phạm T. Mô hình bệnh tật của người cao tuổi điều trị tại viện lão khoa quốc gia năm 2008 [The disease pattern in elderly people treated at national geriatric hospital, report of 2008]. *Y học thực hành [Journal of practical medicine].* 2009;6:41.
- Letrilliart L, Viboud C, Boelle PY, et al. Automatic coding of reasons for hospital referral from general medicine free-text reports. *Proc AMIA Symp.* 2000:487-91.
- Leung GM, Wong IOL, Chan WS, et al. The ecology of health care in Hong Kong. *Soc Sci Med.* 2005;61:577-90.
- Ministry of Health Vietnam. Joint annual health review 2007 of Vietnam. In. Hanoi; 2007:1-101.

Ministry of Health Vietnam. Joint annual health review 2008 : health financing in Vietnam In. Hanoi; 2008:1-147.

Ministry of Health Vietnam. Báo cáo tổng kết công tác năm 2009 và định hướng trọng tâm công tác 2010 [Medical services review of 2009, and orientation for 2010]. Hanoi: Medical Services Administration; 2009.

Ministry of Health Vietnam. Joint annual health review 2010: Vietnam's Health System on the Threshold of the Five-year Plan 2011-2015. In. Hanoi; 2010:1-254.

Ministry of Health Vietnam. Action plan of the health sector to implement Resolution No. 02-NQ/CP, issued according to Minister of Health Decision No.239/KH-BYT. Hanoi - Vietnam; 2011 14/3/2011.

Ministry of Health Vietnam. Joint annual health review 2011 of Vietnam: Strengthening management capacity and reforming health financing to implement the five-year health sector plan 2011–2015. In. Hanoi; 2011:1-220.

Mishra D. Vietnam development report 2012 : market economy for a middle-income Vietnam. Vietnam 2011 06/11/2011.

National Institute of Nutrition, UNICEF. Tình hình dinh dưỡng Việt Nam 2009–2010 [Nutritional status of Vietnam, period 2009-2010]. Hà Nội: NXB Y học; 2010.

Nhung NTT, Long TK, Linh BN, et al. Vietnam burden of disease and injury study 2008. Hanoi: Medical Publishing House; 2011.

Nguyễn ĐK, Nguyễn VT, Lê TTX, et al. Primary health concept revisited: where do people seek health care in a rural area of Vietnam? Health Policy. 2002;61:95-109.

Nguyễn HH, Ohman A, Lundborg CS, et al. Drug use and health-seeking behavior for childhood illness in Vietnam-a qualitative study. Health Policy. 2007;82:320-9.

Nguyễn NN. Health sector development and economic reform in a transitional economy: Vietnam in 1989-1997 [Ph.D. thesis]. Manchester: The University of Manchester; 1997.

Okkes I, Jamouille M, Lamberts H, et al. ICPC-2-E: the electronic version of ICPC-2. Differences from the printed version and the consequences. Fam Pract. 2000;17:101-7.

Okkes IM, Polderman GO, Fryer G, et al. The role of family practice in different health care systems: a comparison of reasons for encounter, diagnoses, and interventions in primary care populations in the Netherlands, Japan, Poland, and the United States. J Fam Pract. 2002;51:72-3.

Phạm T, Đỗ TKH. Báo cáo tổng quan về chính sách chăm sóc người già thích ứng với thay đổi cơ cấu tuổi tại Việt Nam [Overview report about policies on elderly person

care for adapt to changes of the age structure in Hanoi]. Hà Nội: Tổng cục dân số kế hoạch hóa gia đình [General office for population family planning]; 2009.

Prime ministre Vietnam. Phê duyệt chương trình quốc gia về ứng dụng công nghệ thông tin trong hoạt động của cơ quan nhà nước giai đoạn 2011-2015 [Ministerial Decision about the national implementation of information technology in state establishments for the period 2011-2015]. In Hanoi; 2010:31.

Roland M, Jamouille M. Critiques et autocritiques. A propos de la Classification internationale des soins primaires (CISP). In. Bruxelles; 1996.

Roland M, Jamouille M, Dendeau B. Approches taxinomiques en médecine de famille. CARE ed. Bruxelles; 1996.

Sepehri A, Chernomas R, Akram-Lodhi H. Penalizing patients and rewarding providers: user charges and health care utilization in Vietnam. Health Policy Plan. 2005;20:90-9.

Thacker P. Ecology. A new wind sweeps the plains. Science. 2001;292:2427.

Thacker SB, Greene SB, Salber EJ. Hospitalizations in a southern rural community: an application of the 'ecology model'. Int J Epidemiol. 1977;6:55-63.

Tổng cục thống kê [General statistics office-Vietnam]. Health, culture, sport and living standard In: Vietnam STo, ed. Tổng niên giám thống kê [Statistics Textbook of Vietnam]. Hà Nội; 2008.

Trần TTC, Dương HL, Nguyễn HL, et al. Báo cáo y tế Việt Nam 2006: công bằng, hiệu quả, phát triển trong tình hình mới [Vietnam health report 2006: equity, efficiency, development in the new situation]; 2008.

Trivedi PK. Patterns of health care utilization in Vietnam : analysis of 1997-98 Vietnam Living Standards Survey Data: The World Bank; 2002 Feb.

Tuấn T, Dung VTM, Neu I, et al. Comparative quality of private and public health services in rural Vietnam. Health Policy Plan. 2005;20:319-27.

Tuấn T. Community-based evidence about the health care system in rural Vietnam [Ph.D. thesis]. Newcastle - Australia: The University of Newcastle; 2004.

White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl J Med. 1961;265:885-92.

White KL. The ecology of medical care: origins and implications for population-based healthcare research. Health Serv Res. 1997;32:11-21.

Witter S. 'Doi moi' and health: the effect of economic reforms on the health system in Vietnam. Int J Health Plann Manage. 1996;11:159-72.

WONCA. ICHPPC-2 (International Classification of Health Problems in Primary Care). Oxford : Oxford University Press; 1979.

World Bank. Viet Nam - Population, health and nutrition sector review. Washington 1992 21/9. Report No.: 10289-VN.

World Health Organization. Primary health care: now more than ever. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.

World Health Organisation. European health for all database (HFA-DB). In: Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010.

Wyatt J, Spiegelhalter D. Field Trials of medical decision-aids: potential problems and solutions. Proc Annu Symp Comput Appl Med Care. 1991:3-7.

Yawn BP, Fryer GE, Phillips RL, et al. Using the ecology model to describe the impact of asthma on patterns of health care. BMC Pulm Med. 2005;5:7.

Sites consultés

Norwegian centre for informatics in health and social care: ICPC2-2e. 2008. (Accessed 2010, at http://www.kith.no/templates/kith_WebPage__1062.aspx).

European Health for All database. 2011. (Accessed 27/1/2011, <http://www.euro.who.int/hfadb>).

International Classification of Primary Care, Second edition (ICPC-2). 2003. (Accessed 08/10/2012, <http://www.who.int/classifications/icd/adaptations/icpc2/en/index.html>).

Tình hình bệnh tật tử vong của thành phố [Morbidity and mortality of Ho Chi Minh city]. 2008. (Accessed 22/6/2010, <http://www.medinet.hochiminhcity.gov.vn/data/news/2009/4/6367/tuvong2008.htm>).

OPENEMR, a free open source electronic health record. 2012. (Accessed 10/5/2012, <http://www.oemr.org/>).

WHO Statistical Information System (WHOSIS). WHO Statistical Information System (WHOSIS). (Accessed 31 May, 2010, at <http://www.who.int/whosis/en/>).

ANNEXES

ANNEXE 1

Questionnaire utilisé pour l'étude



**Demandes en santé, recours et
parcours de soins en milieux
rural et urbain en Belgique**

Adresse :
Code postal : Commune :
Téléphone:.....
.....

Code de la famille :

Les démarches à suivre pour l'interview :

- Présentation brève de l'étude :
 - L'objectif
 - La méthode utilisée (tirage au sort de la famille, deux visites à intervalle d'un mois...)
 - Clause de confidentialité, comité d'éthique
 - Anonymisation des données : le nom inconnu, feuille détachable
- Signature du formulaire de consentement
- Cibler la période visée par le questionnaire :
du/...../2009 au/...../2009



Demandes en santé, recours et parcours de soins en milieu rural et urbain en Belgique

Nom de l'enquêteur :

Date de l'interview : / /

Date de la deuxième interview : / /

Code de famille :

--	--	--	--	--

Type de logement : Une maison Un appartement

Autre :

Type de locataire Locataire Propriétaire

Autre.....

Composition du ménage: complétez une ligne du tableau par personne vivant sous le même toit depuis au moins un mois

Ordre	Age	Sexe	Code
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

Code de personne						
------------------	--	--	--	--	--	--

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL

a) La personne concernée répond-t-elle au questionnaire :

- Oui Non

b) Si « Non », précisez la raison de la délégation:

- Enfant absent
 Incapacité autre :

Statut familial du répondant :

c) Age :

d) Sexe :

- Masculin Féminin

e) Etat civil : (choisir une des situations ci-dessous, un seul choix)

- Célibataire Marié
 Veuf/veuve Divorcé
 Cohabitant légal

f) Niveau de diplôme : (choisir le diplôme le plus élevé accompli, un seul choix)

- Pas de diplôme Secondaire supérieur
 Primaire Supérieur non universitaire
 Secondaire inférieur Universitaire
 Autre; préciser :

g) Occupation principale: (choisir une des réponses ci-dessous, un seul choix)

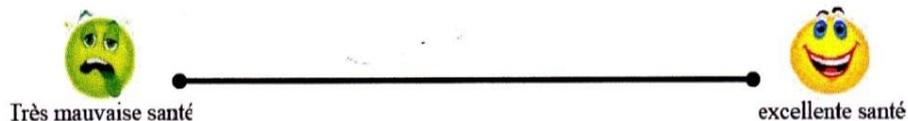
- Indépendant
 Temps plein à durée indéterminée
 Temps plein à durée déterminée
 Temps partiel à durée indéterminée
 Temps partiel à durée déterminée
 Allocations de chômage
 Allocations du CPAS
 Allocations d'Assurance Maladie Invalidité
 Pré retraite
 Retraite
 Etudiant
 Au foyer
 Autre; préciser :

h) Assurance maladie – mutuelle:
 Oui alors merci de noter le code de la vignette :

				/				
--	--	--	--	---	--	--	--	--

 Non
i) Etes-vous inscrit à une maison médicale (forfait)
 Oui

 Non
j) Assurance couvrant partiellement ou totalement les coûts de consultation/visite qui restent à votre charge
 Oui

 Non
k) Comment percevez-vous subjectivement votre état de santé actuel ? Cochez sur l'axe ci-dessous**l) Avez-vous un médecin attitré / généraliste traitant ?**
 Oui

 Non
m) Voyez-vous d'autres médecins régulièrement (≥ 3 fois/an)?
 Oui

 Non

Si oui, quelle est sa discipline ?

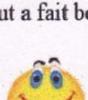
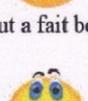
Remarque :

n) A quel niveau se situe votre revenu mensuel net en Euros ?

0	100	200	300	400	500	600	700	800	900	1000
1100	1200	1300	1400	1500	1600	1700	1800	1900	2000	2100
2200	2300	2400	2500	2600	2700	2800	2900	3000	+3000	

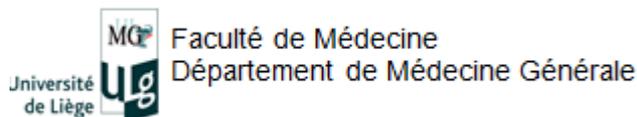
Estimez la gravité de chaque événement, cochez sur l'échelle ci-dessous

01	 tout a fait benin		 tres grave
02	 tout a fait benin		 tres grave
03	 tout a fait benin		 tres grave
04	 tout a fait benin		 tres grave
05	 tout a fait benin		 tres grave
06	 tout a fait benin		 tres grave
07	 tout a fait benin		 tres grave
08	 tout a fait benin		 tres grave
09	 tout a fait benin		 tres grave
10	 tout a fait benin		 tres grave

11			
	tout a fait benin		tres grave
12			
	tout a fait benin		tres grave
13			
	tout a fait benin		tres grave
14			
	tout a fait benin		tres grave
15			
	tout a fait benin		tres grave
16			
	tout a fait benin		tres grave
17			
	tout a fait benin		tres grave
18			
	tout a fait benin		tres grave
19			
	tout a fait benin		tres grave
20			
	tout a fait benin		tres grave
21			
	tout a fait benin		tres grave

ANNEXE 2

Présentation du questionnaire aux enquêteurs



GUIDE D'UTILISATION POUR L'ENQUÊTEUR

1 Introduction

Ce manuel, qui est spécifiquement destiné aux enquêteurs, apporte quelques informations sur la nature de cette étude, le contenu du questionnaire ainsi que la procédure à suivre pour son administration. Son but est d'assurer le bon déroulement de l'enquête et la qualité des informations recueillies.

2 Présentation de l'enquête

2.1 Titre de la recherche

Demandes en santé, recours et parcours de soins en milieux ruraux et urbains, en Belgique.

2.2 But de cette recherche

Dans le cadre du programme de collaboration interuniversitaire belgo-vietnamienne, l'équipe du Département de Médecine générale de l'Université de Liège (DUMG) participe au projet de mise en place d'une formation universitaire de Médecine de famille, de soutien à la mise en place d'une Médecine de famille efficace au sud du Vietnam. Cette étude s'inscrit dans ce programme de collaboration.

Les résultats attendus sont l'évaluation du recours aux soins de santé de la population en appréciant la nécessité et l'efficacité d'un modèle de soins de proximité en Belgique et au Vietnam.

Dans cette étude, nos objectifs sont

- estimer l'incidence des problèmes de santé pendant deux mois dans une population sélectionnée;
- estimer le recours aux soins curatifs selon les différents niveaux de soins (établir un Carré de White) pendant deux mois dans une population sélectionnée;
- établir les parcours de soins dans des différents contextes.

2.3 Description de l'étude

Une enquête par questionnaire sera réalisée dans les deux pays. Dans chaque pays, un échantillon de 200 familles de deux communes, représentant les populations rurale et urbaine, sera choisi par tirage au sort (en Belgique, l'enquête se déroule à Sprimont et Herstal). Cet échantillon aléatoire nous permettra de traiter statistiquement les résultats et de les généraliser à l'ensemble de la population étudiée. Des comparaisons des deux systèmes sanitaires seront également possibles.

Une liste d'adresses sélectionnées sera donnée à chaque enquêteur. Il devra entrer en contact avec ces familles et leur rendre visite à leurs domiciles à deux reprises en l'espace d'un mois. La première visite se concentrera sur les événements du mois précédent ; la deuxième visite concernera les événements visites.

Pour faciliter le contact avec les familles sélectionnées, le Département de Médecine générale adressera un courrier à la famille une à deux semaines avant le début de l'enquête. La lettre présentera les informations résumées, les objectifs de l'étude en sollicitant la participation volontaire de la famille. La lettre prévient aussi de la visite de l'enquêteur et invite les personnes concernées à téléphoner au secrétariat pour

organiser un rendez-vous. La famille peut refuser la visite sans devoir fournir aucune explication.

Pour faciliter le contact avec les familles sélectionnées, le Département de Médecine générale adressera un courrier à la famille une à deux semaines avant le début de l'enquête. La lettre présentera les informations résumées, les objectifs de l'étude en sollicitant la participation volontaire de la famille. La lettre prévient aussi de la visite de l'enquêteur et invite les personnes concernées à téléphoner au secrétariat pour organiser un rendez-vous. La famille peut refuser la visite sans devoir fournir aucune explication.

2.4 Qu'attendons-nous de vous ?

Votre rôle est de récolter les informations sur l'utilisation des services de santé de **chaque membre de la famille sélectionnée**, à l'aide d'un questionnaire sur lequel vous noterez directement les réponses. **La qualité des résultats de cette enquête dépend forcément de la qualité et de la rigueur de votre travail.** Nous vous invitons donc à mener ces enquêtes au mieux et surtout dans le respect des consignes de ce guide. Une séance d'information vous permettra de vous familiariser avec les notions abordées et de poser toutes les questions nécessaires à votre travail. Nous vous remercions déjà d'y être très attentif.

Chaque enquêteur pourra interroger jusqu'à 20 familles en fonction de sa disponibilité. L'enquête se déroulera en deux phases. Une première phase allant du 06 avril au 17 avril et une deuxième du 06 mai au 17 mai.

2.5 Les questionnaires.

Il s'agit de questionnaires à « administration indirecte » c'est-à-dire que l'enquêteur va compléter lui-même les questionnaires à partir des réponses qui lui seront fournies par les répondants.

Le questionnaire est divisé en quatre parties qui visent au recueil d'informations différentes. Chaque partie est imprimée sur du papier de couleur différent pour faciliter le travail de terrain. La quatrième partie est composée de plusieurs feuillets de couleurs mais ceux-ci seront agrafés.

- La première partie : le feuillet blanc vous indique les coordonnées de la famille ainsi que le code de celle-ci. Ce code devra être recopié sur le feuillet rose. L'adresse et le code sont imprimés sur le feuillet. Cette partie reprend également les différentes informations que vous devez rappeler à l'interviewé avant de lui proposer de signer un formulaire de consentement. L'interviewé doit consentir à participer à cette enquête en toute connaissance de cause, les informations doivent donc être clairement présentées à celui-ci

(les informations essentielles auront déjà été adressée au chef de famille, dans le même temps que le courrier annonciateur).

- La deuxième partie : le feuillet rose est le questionnaire de la famille. Le code de la famille doit être recopié sur ce feuillet.
- La troisième partie : le feuillet vert est le questionnaire de la personne (ou du répondant), il est destiné au recueil de données de chaque personne. Pour chaque personne déclarée dans la composition du ménage, l'enquêteur devra compléter un feuillet vert. L'enquêteur devra inscrire le code de la personne sur chaque feuillet vert.
- La quatrième partie se compose de 4 feuillets destinés à retracer les demandes en santé, les soins et les recours de santé pour chaque personne dans la famille. Avant d'entamer l'usage de cette partie du questionnaire, le code de la personne doit être recopié sur la tête du premier feuillet.

2.6 Réponse par un proche

Dans certains cas, l'enquêteur ne pourra pas interroger toutes les personnes du ménage : les absents, les invalides (problème mentaux) ou les enfants ne pourront pas fournir les informations demandées. Dans ce cas, un recours à un proche est permis. Le proche est quelqu'un qui répond à l'enquête au nom de quelqu'un et non pas en son nom propre. L'enquêteur devra préciser le statut familial du répondant (père, mère, fils ou fille,...).

2.7 Absence

En cas d'absence des membres du ménage lors de la première visite, l'enquêteur devra se présenter une deuxième fois à l'adresse indiquée mais à un moment de la journée différent. Les visites se feront de préférence et dans la mesure du possible, en dehors des heures de bureau, afin de diminuer les risques d'absence des membres du foyer.

2.8 Refus de répondre

Les familles sélectionnées seront informés par une lettre du DUMG précédant l'enquête. Certaines familles auront répondu à cette lettre pour organiser un rendez-vous, autres n'auront pas donné suite. Dans ce cas, chaque enquêteur est autorisé à rechercher les coordonnées téléphoniques de ces familles via Internet et sur base de la seule adresse. Pour rendre les déplacements plus productifs, les enquêteurs pourront ainsi annoncer leur passage téléphoniquement.

Comme les familles sont libres de participer à l'étude, vous pouvez essayer des refus : soit lors du contact téléphonique préalable, soit lors du « coup de

sonnette ». En cas de refus, l'enquêteur doit inscrire le terme « refus » sur le feuillet blanc (sous le titre). Pour la remplacer, une autre famille doit être choisie au hasard.

Dans le cas d'un bâtiment regroupant plusieurs habitations, vous pourrez effectuer un lancer de dés avant de vous présenter aux habitants d'un autre étage (nous supposons que cette maison loge moins de 6 familles séparées, s'il y en a plus, un recours à tirage au sort est sollicité).

Dans le cas d'un bâtiment unifamilial, en cas de refus de la famille, la maison juste à côté à droite sera choisie comme remplaçante, et ainsi de suite jusqu'à rencontrer un accord.

L'adresse (rue, code postal, commune) de la « nouvelle » famille sélectionnée devra être inscrite sur la feuille blanche, en dessous de l'adresse de la famille initialement choisie.

3 Présentation du contenu du questionnaire

3.1 Remarques générales

L'enquête que nous menons est tributaire de la clarté et de la qualité des informations que vous recueillerez. C'est pourquoi il vous est demandé d'être extrêmement rigoureux et précis lors de la retranscription des réponses des interviewés. Veillez également à ce que votre écriture soit la plus lisible possible. En cas de doute, écrivez toutes les informations fournies sur le questionnaire. Les chercheurs chargés de l'analyse préfèrent recevoir trop d'informations plutôt que trop peu ; ils vous recontacteront éventuellement pour obtenir l'une ou l'autre précision.

Les codes utilisés (code de la famille, code de la personne) permettent d'identifier la personne ayant répondu, il est donc crucial que chaque enquêteur recopie correctement le code de la famille sur le feuillet rose ainsi que le code de la personne sur les feuillets composant les deux autres parties (troisième et quatrième parties).

Au cours de la première visite, les quatre parties seront complétées alors que la deuxième visite portera uniquement sur la quatrième partie. La deuxième visite sera donc plus courte que la première. Des données omises lors de la première visite seront éventuellement collectées lors de la deuxième rencontre.

3.2 Première partie : le feuillet blanc

Ce feuillet blanc précise les coordonnées de la famille que l'enquêteur doit contacter. En plus des coordonnées, le code de la famille est précisé. **Ce code permet d'identifier la famille et devra être recopié sur le feuillet rose.**

Ce feuillet rappelle à l'enquêteur la démarche à suivre avant de mener l'interview proprement dite. Il est important que l'enquêteur rappelle l'objet de l'enquête ainsi que les buts qu'elle poursuit. Avant de proposer à l'interviewé de signer le formulaire de consentement, l'enquêteur doit insister sur le fait que les données de l'enquête sont anonymes et que l'enquêteur s'est engagé à respecter un devoir de confidentialité.

Une fois que ces différentes précisions ont été apportées à l'interviewé, l'enquêteur proposera à chaque membre de la famille de plus de 18 ans de signer une lettre de consentement. Dans le cas de membre de moins de 18 ans, son représentant légal devra signer également une lettre de consentement.

3.3 Deuxième partie : le feuillet rose : information sur la famille

Ce feuillet est destiné à récolter certaines informations sur le ménage.

- L'enquêteur doit impérativement recopier le code de la famille dans l'espace prévu à cet effet.
- L'enquêteur indique son nom, la date de l'interview et en profite pour fixer déjà la date de la deuxième visite.
- Concernant le tableau de composition de la famille : une ligne du tableau sera complétée pour chaque membre de la famille. Pour chaque membre, précisez leur âge, leur sexe et leur code de la personne. Le code de la personne se compose de 6 chiffres. Ce code est spécifique à chaque personne interrogée et nous aide à retracer les données à la phase d'analyse.
- Exemple : Le code de la troisième personne reprise dans le tableau de composition du ménage (code de famille « 12345 ») sera le suivant :
- Code la famille (5 chiffres) + 3 (car troisième personne) = 12345 3

Ce feuillet est rempli à la première visite et servira lors de la seconde visite. Il vous aidera à vous assurer que vous avez interviewé tous les membres de la famille.

3.4 Troisième partie : le feuillet jaune.

Un feuillet jaune doit être complété pour chaque membre du ménage. Le code de la personne doit être recopié sur le feuillet la concernant.

a) Si un proche répond à la place de la personne interrogée, quelle qu'en soit la raison (incapable de répondre, absent, enfant, ...), il vous faudra indiquer la raison de ce remplacement et le statut familial du répondant. Si tous les membres de la famille répondent directement à vos questions, ne répondez pas à la question « b) ».

c) Pour les nouveau-nés et les petits enfants de moins d'un an, l'âge est formulé en mois (il doit être marqué « mois » après le chiffre). Si le nouveau-né a moins d'un mois, indiquez l'âge de « 0 mois »

e) Etat civil : il s'agit de la situation officielle de la personne.

f) Niveau d'étude : seul le diplôme d'étude le plus élevé accompli sera considéré, veuillez donc à vous assurer que l'interviewé a terminé avec fruit le niveau d'étude précisé. Par exemple, le diplôme le plus élevé possédé par un élève de deuxième année secondaire est le diplôme de l'enseignement primaire car il n'a pas encore achevé le degré inférieur du secondaire. De même, le diplôme le plus élevé d'un étudiant en deuxième bachelier en droit est le diplôme de secondaire supérieur.

g) L'occupation principale est celui octroyant le revenu mensuel le plus important et relativement stable. Un seul choix est permis.

h) Si l'interviewé affirme être couvert par une assurance maladie ou une mutuelle, vous lui demandez le code de vignette.

j) L'interviewé bénéficie-t-il d'une couverture de soins venant s'ajouter à la couverture de base. Autrement dit, perçoit-il d'autres remboursements en plus du remboursement effectué par sa mutuelle le cas échéant ?

k) La perception de l'état de santé fait l'objet de l'évaluation subjective, afin de laisser la personne se situer, nous n'utiliserons pas de graduation.

Précisez simplement qu'elle doit se situer entre les deux extrémités de la ligne et non entre les deux « smileys ».

n) Cette question porte sur le revenu personnel mensuel stable de l'interviewé. Il est important que l'enquêteur précise que cet aspect financier est exploré car il peut avoir un impact sur la consommation de soins d'un individu. Pour assurer un maximum de discrétion, l'enquêteur présentera le « tableau des revenus » à l'interviewé qui cochera lui-même la case correspondant à son niveau de revenu.

3.5 Quatrième partie : 4 feuillets de 4 couleurs différentes

Ce dossier se compose de 7 feuillets en couleurs différentes concernant les questions orientées : 3 feuillets blancs et 4 de couleurs (un vert, un bleu, un jaune clair et un blanc). **L'enquêteur doit inscrire sur le premier feuillet, le code de la personne interviewée. L'encadré « visite » permet d'indiquer s'il s'agit de la première ou de la deuxième visite.**

Feuille vert : Le feuillet vert pose la question des problèmes de santé rencontrés au cours du mois précédent. A partir du symptôme, l'enquêteur retrace la trajectoire de soins en veillant à indiquer le nombre de jours séparant chaque étape. Une case par symptôme.

Les feuillets blancs sont, ici, des pense-bêtes visant à stimuler le rappel des problèmes et des recours en santé vécus au cours du mois dernier par l'interviewé. Il y a un feuillet portant sur les problèmes de santé, un deuxième sur les soins et enfin un dernier concernant les recours. Chaque feuillet est intercalé après un des trois premiers feuillets de couleur : l'enquêteur doit donc passer en revue le contenu de chaque feuille blanche pour éventuellement identifier des ajoutes à apporter au feuillet coloré précédent.

Feuille bleu : Le feuillet bleu pose la question des soins de santé. A partir du soin, l'enquêteur complétera le tableau, en amont en précisant le symptôme et en aval en précisant la suite donnée.

Feuille jaune clair : Le feuillet jaune clair permet de relever les recours en soins non abordés par les feuillets précédents. Ici encore, à partir du recours, l'enquêteur complétera le tableau en amont et en aval.

Feuille blanc : Ce feuillet permet à l'interviewé d'évaluer subjectivement le degré de gravité de chaque problème de santé rencontré. L'enquêteur rappelle chaque épisode évoqué à l'interviewé et ce dernier évalue la gravité sur un des axes correspondant au numéro attribué à la trajectoire de soins en question.

Nous vous demandons d'utiliser le plus possible les termes proposés par les pense-bêtes.

3.6 Mémo

Au terme de la première visite, l'enquêteur laissera à chaque interviewé un document, appelé « Mémo », qu'ils pourront compléter à chaque fois qu'ils rencontreront des problèmes de santé au cours du mois séparant les deux visites. Ce document permettra, lors de la deuxième visite, de retracer l'ensemble des

problèmes rencontrés par les différents membres du ménage au cours du mois écoulé.

Un document « mémo » sera donc remis à chaque interviewé. **Ce document devra comporter le code de la personne.**

3.7 Information complémentaire et contact

Vous êtes invité à contacter le secrétariat du DUMG (04-366-42-76 ou V.Massart@chu.ulg.ac.be) pour toute question en cours de l'enquête.

3.8 Dépôt des questionnaires

Pour la première phase de l'enquête, les questionnaires doivent être rentrés au Département de Médecine générale pour le 20 avril sans faute.

3.9 Rémunération

Pour chaque famille que l'enquêteur rencontre 2 fois, il reçoit 20 € sous forme de bons d'achat.

ANNEXE 3

Lettre envoyée aux participants potentiels

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Le Département de Médecine Générale de l'Université de Liège mène une **recherche dans le domaine des soins de santé**.

Les communes de Sprimont et de Herstal ont été choisies pour accueillir cette étude scientifique. **Dans chaque commune, 100 foyers ont été tirés au sort.**

Pour la commune de Herstal, votre habitation figure parmi celles tirées au sort.

Des étudiants-enquêteurs de l'Université de Liège se présenteront aux habitants de chacune de ces maisons pour leur proposer de répondre, à 2 reprises à un mois d'intervalle, à un **petit questionnaire** sur leurs besoins en santé dans le mois qui a précédé l'interview. Ce questionnaire est et restera anonyme ; les enquêteurs sont évidemment tenus à une totale confidentialité.

Pouvons-nous vous demander de faire bon accueil à la personne qui se présentera chez vous dans les prochains jours (au plus tard fin avril) ? Cette personne sera munie d'un badge d'identification, portant le logo de l'Université (le même que celui présent sur cette lettre). Vous trouverez en annexe un résumé du projet de recherche.

La réussite de cette étude dépend évidemment de l'accord de participation de chaque famille dont la maison a été tirée au sort. Nous annexons à la présente un exemplaire du formulaire de consentement que l'enquêteur vous proposera de signer.

A ce stade, nous ne connaissons pas votre nom, ni vos coordonnées téléphoniques : seule votre rue ainsi que le numéro de votre maison nous ont été révélés par le tirage au sort.

Pour faciliter le déroulement de l'enquête, il nous serait très agréable que vous nous fixiez un court rendez-vous : pouvez-vous avoir l'amabilité de prendre contact avec notre secrétariat par téléphone (04-366.42.76, de 13h00 à 17h00 les lundis, jeudis et vendredis et de 08h45 à 12h00 le mercredi – n'hésitez pas à laisser un message en dehors de ces heures) ou par l'envoi d'un e-mail demandant que nous vous rappelions (genevieve.colinet@ulg.ac.be).

Sans nouvelle de votre part, un enquêteur se présentera chez vous dans les prochains jours ou les prochaines semaines.

En vous remerciant d'avance pour votre collaboration et en restant à votre entière disposition pour tout complément d'informations, nous vous adressons, Madame, Mademoiselle, Monsieur, nos salutations les plus distinguées.

Pour l'équipe de recherche,

ANNEXE 4

Information au participant

1. Titre de la recherche

Demandes en santé, recours et parcours de soins en milieux rural et urbain, en Belgique et au Vietnam

2. But de cette recherche

Le but de cette recherche est de recueillir les données concernant les besoins en santé de la population, le recours aux professionnels de la santé et la consommation de soins. La comparaison des données vietnamiennes et belges contribuera à la réflexion relative à l'installation de la Médecine familiale au Vietnam (projet de coopération universitaire financé par la CUD).

3. Description de la recherche

Un questionnaire rempli par un enquêteur permettra de recueillir les informations concernant la période du mois écoulé. Un nouveau rendez-vous sera pris un mois plus tard pour recueillir les mêmes informations liées au mois venant de s'écouler.

4. Qu'attendons-nous de vous ?

Nous vous demanderons de répondre avec le plus de précision possible aux questions de l'enquêteur. Il s'efforcera de vous aider à vous remémorer les événements.

5. Participation et arrêt

La participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous pouvez refuser de participer à l'étude et vous pouvez vous retirer à tout moment sans devoir en donner la raison. Si vous participez, nous vous demanderons de signer le formulaire de consentement.

6. Approbation par le comité d'éthique

Cette étude est soumise à l'approbation du Comité d'éthique hospitalo-facultaire universitaire de Liège.

7. Risques

En vertu de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine, le promoteur assume, même sans faute, la responsabilité du dommage causé au participant et à ses ayants-droit, dommage lié de manière directe ou indirecte à l'expérimentation. Il a contracté une assurance à cet égard.

8. Confidentialité

En accord avec les lois belges du 8 décembre 1992 et du 22 août 2002, votre vie privée sera respectée et vous recevrez accès aux données rassemblées. Chaque donnée incorrecte peut être corrigée à votre demande. L'identité des personnes interrogées n'apparaîtra dans aucun document lié à l'étude ; à aucun moment, il ne vous sera demandé de décliner votre identité. Les seules données personnelles connues - votre adresse postale en l'occurrence - ne seront pas dévoilées ouvertement.

10. Personne de contact

Si vous désirez de plus amples informations sur vos droits et devoirs, vous pouvez prendre contact à tout moment pendant la durée de l'étude avec: ...

ANNEXE 5

Formulaire de consentement

J'ai lu le document « information aux participants » de l'étude « **Demandes en santé, recours et parcours de soins en milieux rural et urbain, en Belgique et au Vietnam** ». J'en ai compris la teneur et accepte de participer à l'enquête.

J'ai reçu des explications concernant la nature et le but de l'étude et sur ce qui était attendu de moi. J'ai reçu des explications sur les risques et les avantages de l'étude. On m'a donné l'occasion et le temps nécessaire pour poser des questions sur l'étude et j'ai reçu une réponse satisfaisante à toutes mes questions.

J'accepte donc de coopérer totalement avec l'enquêteur.

Je peux à tout moment me retirer de l'étude sans devoir donner de raison à cette décision.

Je suis volontaire pour participer à cette étude.

Nom du volontaire :

Date :

Signature

ANNEXE 6

CISP2 en français et en vietnamien

ICPC-2 – French International Classification of Primary Care – 2nd Edition Wonca International Classification Committee (WICC) 	Sang, syst. hématop/immunol. B	Oeil F	Ostéo-articulaire L
Procédures	B02 Ganglion lymph. augmenté/ douloureux B04 S/P du sang B25 Peur du SIDA/du VIH B26 Peur du cancer du sang/lymph. B27 Peur autre maladie sang/lymph/rate B28 Limitation de la fonction/incap. (B) B29 Autre S/P du syst. lymph./immunol. B70 Adénite aiguë B71 Adénite chronique/non-spécifique B72 Maladie de Hodgkin/lymphome B73 Leucémie B74 Autre cancer du sang B75 Tumeur bénigne/indét. sang/lymph. B76 Rupture traumat. de la rate B77 Autre traumat. sang/lymph/rate B78 Anémie hémolytique héréditaire B79 Autre anom. congénitale sang/lymph/rate B80 Anémie par déficience en fer B81 Anémie carence vit B12/ac. folique B82 Autre anémie/indét. B83 Purpura/défaut de coagulation B84 Globules blancs anormaux B87 Splénomégalie B90 Infection par le virus HIV, SIDA B99 Autre maladie sang/lymph/rate	F01 Oeil douloureux F02 Oeil rouge F03 Écoulement de l'œil F04 Taches visuelles/flottantes F05 Autre perturbation de la vision F13 Sensation oculaire anormale F14 Mouvements oculaires anormaux F15 Apparence anormale de l'œil F16 S/P de la paupière F17 S/P lunettes F18 S/P lentilles de contact F27 Peur d'une maladie de l'œil F28 Limitation de la fonction/incap. (F) F29 Autre S/P de l'œil F70 Conjunctivite infectieuse F71 Conjunctivite allergique F72 Blépharite, orgelet, chalazion F73 Autre infection/inflammation de l'œil F74 Tumeur de l'œil et des annexes F75 Contusion/hémorragie de l'œil F76 CE dans l'œil F79 Autre lésion traumat. de l'œil F80 Sténose canal lacrymal de l'enfant F81 Autre anom. congénitale de l'œil F82 Décollement de la rétine F83 Rétinopathie F84 Dégénérescence maculaire F85 Ulcère de la cornée F86 Trachome F91 Déficit de réfraction F92 Cataracte F93 Glaucome F94 Cécité F98 Strabisme F99 Autre maladie de l'œil/annexes	L01 S/P du cou L02 S/P du dos L03 S/P des lombes L04 S/P du thorax L05 S/P du flanc et du creux axillaire L07 S/P de la mâchoire L08 S/P de l'épaule L09 S/P du bras L10 S/P du coude L11 S/P du poignet L12 S/P de la main et du doigt L13 S/P de la hanche L14 S/P de la jambe et de la cuisse L15 S/P du genou L16 S/P de la cheville L17 S/P du pied et de l'orteil L18 Douleur musculaire L19 S/P musculaire NCA L20 S/P d'une articulation NCA L26 Peur cancer syst. ostéo-articulaire L27 Peur autre maladie syst. ostéo-artic. L28 Limitation de la fonction/incap. (L) L29 Autre S/P ostéo-articulaire L70 Infection du syst. ostéo-articulaire L71 Cancer du syst. ostéo-articulaire L72 Fracture du radius/du cubitus L73 Fracture du tibia/du péroné L74 Fracture de la main/du pied L75 Fracture du fémur L76 Autre fracture L77 Entorse de la cheville L78 Entorse du genou L79 Entorse articulaire NCA L80 Luxation et subluxation L81 Lésion traumat. NCA ostéo-articulaire L82 Anom. congénitale ostéo-articulaire L83 Syndrome cervical L84 Syndr. dorso-lomb. sans irradiation L85 Déformation acquise de la colonne L86 Syndr. dorso-lombaire et irradiation L87 Bursite, tendinite, synovite NCA L88 Polyarthrite rhumatoïde séropositive L89 Coxarthrose L90 Gonarthrose L91 Autre arthrose L92 Syndrome de l'épaule L93 Coude du joueur de tennis L94 Ostéochondrose L95 Ostéoporose L96 Lésion aiguë interne du genou L97 Autre tumeur bén./indét. ostéo-artic. L98 Déformation acquise membres inf. L99 Autre maladie ostéo-articulaire
-30 Ex médical/bilan santé détaillé -31 Ex médical/bilan santé partiel -32 Test de sensibilité -33 Ex microbiologique/immunologique -34 Autre analyse de sang -35 Autre analyse d'urine -36 Autre analyse de selles -37 Cytologie/histologie -38 Autre analyse de laboratoire -39 Epreuve fonctionnelle -40 Endoscopie -41 Radiologie diagnostique/imagerie -42 Tracé électrique -43 Autre procédure diagnostique -44 Vaccination/médication préventive -45 Recom./éducation santé/avis/régime -46 Discussion entre dispensateurs SSP -47 Discussion dispensateur spécialiste -48 Clarification de la demande du patient -49 Autre procédure préventive -50 Médication/précription/injection -51 Incision/drainage/aspiration -52 Excision/biopsie/cautérisation/débridement -53 Perfusion/inubut./dilatat./appareillage -54 Répar./fixation/suture/plâtre/prothèse -55 Traitement local/infiltration -56 Pansement/compression/bandage -57 Thérapie manuelle/médecine physique -58 Conseil thérap./écoute/examens -59 Autres procédures thérapeutiques -60 Résultats analyses/examens -61 Résultats ex/procéd. autre dispensateur -62 Contact administratif -63 Rencontre de suivi -64 Epis. nouveau/en cours init. par disp. -65 Epis. nouveau/en cours init. par tiers -66 Référence à dispens. SSP non médecin -67 Référence à médecin -68 Autre référence -69 Autres procédures	Syst. Digestif D D01 Douleur/crampe abdominales gén. D02 Douleur abdominale/épigastrique D03 Brûlure/brulant/brûlement estomac D04 Douleur rectale/anale D05 Démangeaisons périanales D06 Autre douleur abdominale loc. D07 Dyspepsie/indigestion D08 Flatulence/gaz/renvoi D09 Nausée D10 Vomissement D11 Diarrhée D12 Constipation D13 Jaunisse D14 Hématémèse/vomissement de sang D15 Méléna D16 Saignement rectal D17 Incontinence rectale D18 Modification selles/mouvem. intestin D19 S/P dents/gencives D20 S/P bouche/langue/lèvres D21 P. de déglutition D23 Hépatomégalie D24 Masse abdominale NCA D25 Distension abdominale D26 Peur du cancer du syst. digestif D27 Peur d'une autre maladie digestive D28 Limitation de la fonction/incap. (D) D29 Autre S/P du syst. digestif D70 Infection gastro-intestinale D71 Oreillons D72 Hépatite virale D73 Gastro-entérite présumée infectieuse D74 Cancer de l'estomac D75 Cancer du colon/du rectum D76 Cancer du pancréas D77 Autre cancer digestif/NCA D78 Tumeur bénigne/indét. du syst. dig. D79 CE du syst. digestif D80 Autre traumat. du syst. digestif D81 Anom. congénitale du syst. digestif D82 Maladie des dents/des gencives D83 Maladie bouche/langue/lèvres D84 Maladie de l'œsophage D85 Ulcère duodénal D86 Autre ulcère peptique D87 Trouble de la fonction gastrique D88 Appendicite D89 Hernie inguinale D90 Hernie hiatale D91 Autre hernie abdominale D92 Maladie diverticulaire D93 Syndrome du colon irritable D94 Entérite chronique/colite ulcéreuse D95 Fissure anale/abcès périanal D96 Vers/autre parasite D97 Maladie du foie NCA D98 Cholécystite/cholélithase D99 Autre maladie du syst. Digestif	Oreille H H01 Douleur d'oreille/otalgie H02 P. d'audition H03 Acouphènes/bourdonnement d'oreille H04 Écoulement de l'oreille H05 Saignement de l'oreille H13 Sensation d'oreille bouchée H15 Précoc. par l'aspect des oreilles H27 Peur d'une maladie de l'oreille H28 Limitation de la fonction/incap. (H) H29 Autre S/P de l'oreille H30 Ote externe H71 Otite moyenne aiguë/myringite H72 Otite moyenne séreuse H73 Salpingite d'eustache H74 Otite moyenne chronique H75 Tumeur de l'oreille H76 CE dans l'oreille H77 Perforation du tympan H78 Lésion traumat. superf. de l'oreille H79 Autre lésion traumat. de l'oreille H80 Anom. congénitale de l'oreille H81 Excès de cérumen H82 Syndrome vertigineux H83 Otosclérose H84 Presbycusie H85 Traumatisme sonore H86 Surdité H99 Autre maladie de l'oreille/ mastoïde	Neurologique N N01 Mal de tête N03 Douleur de la face N04 Jambes sans repos N05 Fourmillements doigts, pieds, orteils N06 Autre perturbation de la sensibilité N07 Convulsion/crise comitiale N08 Mouvements involontaires anormaux N16 Perturbation du goût/de l'odorat N17 Vertige/étourdissement N18 Paralyse/faiblesse N19 Trouble de la parole N26 Peur d'un cancer neurologique N27 Peur d'une autre maladie neurologique N28 Limitation de la fonction/incap. (N) N29 Autre S/P neurologique N70 Poliomyélite N71 Méningite/encéphalite NCA N72 Tétanos N73 Autre infection neurologique N74 Cancer du syst. neurologique N75 Tumeur bénigne neurologique N76 Autre tumeur indét. neurologique N79 Comotion N80 Autre lésion traumat. de la tête N81 Autre lésion traumat. neurologique N85 Anom. congénitale neurologique N86 Sclérose en plaques N87 Syndrome parkinsonien N88 Epilepsie N89 Migraine N90 Algie vasculaire de la face N91 Paralyse faciale/paralyse de Bell N92 Névralgie du trijumeau N93 Syndrome du canal carpien N94 Névrite/neuropathie périphérique N95 Céphalée de tension N99 Autre maladie neurologique
Général et non spécifié A	CODES PROCÉDURE SYMPTÔMES ET PLAINTES INFECTIONS NÉOPLASMES TRAUMATISMES ANOMALIES CONGÉNITALES AUTRES DIAGNOSTICS	Cardio-vasculaire K K01 Douleur cardiaque K02 Oppression/contriction cardiaque K03 Douleur cardiovasculaire NCA K04 Palpita./perception battements card. K05 Autre battement cardiaque irrégulier K06 Veines proéminentes K07 Oedème, gonflement des chevilles K22 Facteur risque mal. cardio-vasculaire K24 Peur d'une maladie de cœur K25 Peur d' de l'hypertension K27 Peur autre maladie cardio-vasculaire K28 Limitation de la fonction/incap. (K) K29 Autre S/P cardiovasculaire K70 Infection du syst. cardio-vasculaire K71 RAA/maladie cardiaque rhumatismale K72 Tumeur cardio-vasculaire K73 Anom. congénitale cardio-vasculaire K74 Cardiopathie ischémique avec angor K75 Infarctus myocardique aigu K76 Cardiopathie ischémique sans angor K77 Décompensation cardiaque K78 Fibrillation auriculaire/flutter K79 Tachycardie paroxystique K80 Arythmie cardiaque NCA K81 Souffle cardiaque/artériel NCA K82 Cœur pulmonaire K83 Valvulopathie NCA K84 Autre maladie cardiaque K85 Pression sanguine élevée K86 Hypertension non compliquée K87 Hypertension avec complication K88 Hypotension orthostatique K89 Ischémie cérébrale transitoire K90 Accident vasculaire cérébral K91 Maladie cerebrovasculaire K92 Athéroscl./mal. vasculaire périphér. K93 Embolie pulmonaire K94 Phlébite et thrombophlébite K95 Varices des jambes K96 Hémorroïdes K99 Autre maladie cardio-vasculaire	
A01 Douleur générale/de sites multiples A02 Frissons A03 Fièvre A04 Fatigue/faiblesse générale A05 Sensation d'être malade A06 Évanouissement/syncope A07 Coma A08 Gonflement A09 P. de transpiration A10 Saignement/hémorragie NCA A11 Douleur thoracique NCA A13 Précoc. par/peur traitement médical A16 Nourrisson irritable A18 Précoc. par son aspect extérieur A20 Demande/discussion sur l'euthanasie A21 Facteur de risque de cancer A23 Facteur de risque NCA A25 Peur de la mort, de mourir A26 Peur du cancer NCA A27 Peur d'une autre maladie NCA A28 Limitation de la fonction/incap. NCA A29 Autre S/P général A70 Tuberculose A71 Rougeole A72 Varicelle A73 Paludisme A74 Rubéole A75 Mononucléose infectieuse A76 Autre exanthème viral A77 autre maladie virale NCA A78 Autre maladie infectieuse NCA A79 Cancer NCA A80 Traumatisme/lésion traumat. NCA A81 Polytraumatisme/lésions multiples A82 Effet tardif d'un traumatisme A84 Intoxication par subst. médicinales A85 Effet sec. subst. médicinales A86 Effet toxique subst. non médicinales A87 Complication de traitement médical A88 Effet sec. de facteur physique A89 Effet sec. de matériel prothétique A90 Anom. congénitale NCA/multiple A91 Résultat d'investigat. anormale NCA A93 Allergie/réaction allergique NCA A94 Nouveau-né prématuré A95 Mortalité périnatale A96 Mort A97 Pas de maladie A98 Gestion santé/médecine préventive A99 Maladie de nature/site non précisé			

Psychologique	P	Peau	S	U72 Urétrite	Syst. génital masculin et sein	Y
P01 Sensation anxiété/nervosité/tension		S01 Douleur/hypersensibilité de la peau		U75 Cancer du rein	Y01 Douleur du pénis	
P02 Réaction de stress aiguë		S02 Prurit		U76 Cancer de la vessie	Y02 Douleur des testicules, du scrotum	
P03 Sensation de dépression		S03 Verrue		U77 Autre cancer urinaire	Y03 Ecoulement urétral chez l'homme	
P04 Sentiment/comport. irritable/colère		S04 Tuméfaction/gonflement loc. peau		U78 Tumeur bénigne du tractus urinaire	Y04 Autre S/P du pénis	
P05 Sensation vieux, comportement sénile		S05 Tuméfactions/gonflements gén. peau		U79 Autre tumeur indé. urinaire	Y05 Autre S/P des testicules/du scrotum	
P06 Perturbation du sommeil		S06 Eruption localisée		U80 Lésion traumat. du tractus urinaire	Y06 S/P de la prostate	
P07 Diminution du désir sexuel		S07 Eruption généralisée		U85 Anom. congénitale du tractus urinaire	Y07 Impuissance sexuelle NCA	
P08 Diminution accomplissement sexuel		S08 Modification de la couleur de la peau		U88 Glomérulonéph./syndr. néphrotique	Y08 Autre S/P fonction sexuelle homme	
P09 Préoccupation sur identité sexuelle		S09 Doigt/orteil infecté		U90 Protéinurie orthostatique	Y10 Stérilité, hypofertilité de l'homme	
P10 Bégaiement, bredouillement, tic		S10 Furoncle/anthrax		U95 Lithiase urinaire	Y13 Stérilisation de l'homme	
P11 Trouble de l'alimentation de l'enfant		S11 Infection post-traumat. de la peau		U98 Analyse urinaire anormale NCA	Y14 Autre PF chez l'homme	
P12 Enurésie		S12 Piqûre d'insecte		U99 Autre maladie urinaire	Y16 S/P du sein chez l'homme	
P13 Encoprésie		S13 Morsure animale/humaine		Grossesse, accouchement et PF	Y24 Peur dysfonction sexuelle homme	
P15 Alcoolisme chronique		S14 Brûlure cutanée		W	Y25 Peur d'une MST chez l'homme	
P16 Alcoolisation aiguë		S15 CE dans la peau		W01 Question de grossesse	Y26 Peur d'un cancer génital homme	
P17 Usage abusif du tabac		S16 Echymose/contusion		W02 Peur d'être enceinte	Y27 Peur autre maladie génitale homme	
P18 Usage abusif de médicament		S17 Erafleur, égratignure, ampoule		W03 Saignement pendant la grossesse	Y28 Limitation de la fonction/incap. (Y)	
P19 Usage abusif de drogue		S18 Coupure/lacération		W05 Nausée/vomissement de grossesse	Y29 Autre S/P génitale chez l'homme	
P20 Perturbation de la mémoire		S19 Autre lésion traumat. de la peau		W10 Contraception post-coitale	Y70 Syphilis chez l'homme	
P22 S/P du comportement de l'enfant		S20 Cor/callosité		W11 Contraception orale	Y71 Gonococcie chez l'homme	
P23 S/P du comportement de l'adolescent		S21 S/P au sujet de la texture de la peau		W12 Contraception intra-utérine	Y72 Herpes génital chez l'homme	
P24 P. spécifique de l'apprentissage		S22 S/P de l'ongle		W13 Stérilisation chez la femme	Y73 Prostatite/vésiculite séminale	
P25 Problèmes de phase de vie adulte		S23 Calvitie/perte de cheveux		W14 Autre contraception chez la femme	Y74 Orchite/épididymite	
P27 Peur d'un trouble mental		S24 Autre S/P cheveux, poils/cuir chevelu		W15 Stérilité - hypofertilité de la femme	Y75 Balanite	
P28 Limitation de la fonction/incap. (P)		S26 Peur du cancer de la peau		W17 Saignement du post-partum	Y76 Condylome acuminé chez l'homme	
P29 Autre S/P psychologique		S27 Peur d'une autre maladie de la peau		W18 Autre S/P du post-partum	Y77 Cancer de la prostate	
P70 Démence		S28 Limitation de la fonction/incap. (S)		W19 S/P du sein/lactation post-partum	Y78 Autre cancer génital chez l'homme	
P71 Autre psychose organique		S29 Autre S/P de la peau		W21 Précoc. par modif. image et grossesse	Y79 Autre tum. génit. bén./indét. homme	
P72 Schizophrénie		S70 Zona		W22 Peur complications de la grossesse	Y80 Lésion traumat. génitale homme	
P73 Psychose affective		S71 Herpes simplex		W28 Limitation de la fonction/incap. (W)	Y81 Phimosi/hypertrophie du prépuce	
P74 Trouble anxieux/état anxieux		S72 Gale/autre acariose		W29 Autre S/P de la grossesse	Y82 Hypospadias	
P75 Trouble somatique		S73 Pédiculose/autre infestation peau		W70 Infection puerpérale, sepsis	Y83 Ectopie testiculaire	
P76 Dépression		S74 Dermatophytose		W71 Infection compliquant la grossesse	Y84 Autre anom. congénitale homme	
P77 Suicide/tentative de suicide		S75 Moniliasse/candidose de la peau		W72 Tumeur maligne avec grossesse	Y85 Hypertrophie bénigne de la prostate	
P78 Neurasthénie, surmenage		S76 Autre maladie infectieuse de la peau		W73 Tumeur bénigne/indét. et grossesse	Y86 Hydrocèle	
P79 Phobie, trouble obsessionnel compulsif		S77 Cancer de la peau		W75 Lésion traumat. et grossesse	Y99 Autre maladie génitale chez l'homme	
P80 Trouble de la personnalité		S78 Lipome		W76 Anom. congénitale et grossesse		
P81 Trouble hyperkinétique		S79 Autre tumeur bén./indét. de la peau		W78 Grossesse	Social	Z
P82 Syndrome de stress post-traumatique		S80 Kératose actinique/coup de soleil		W79 Grossesse non désirée	Z01 Pauvreté/P. économique	
P85 Retard mental		S81 Hémangiome/lymphangiome		W80 Grossesse ectopique	Z02 P. d'eau/de nourriture	
P86 Anorexie mentale, boulimie		S82 Naevus/naevus pigmentaire		W81 Toxémie gravidique	Z03 P. d'habitat/de voisinage	
P98 Autre psychose NCA		S83 Autre anom. congénitale de la peau		W82 Avortement spontané	Z04 P. socioculturel	
P99 Autre trouble psychologique		S84 Impétigo		W83 Avortement provoqué	Z05 P. de travail	
Respiratoire	R	S85 Kyste/fistule pilonidal		W84 Grossesse à haut risque	Z06 P. de non emploi	
R01 Douleur du syst. respiratoire		S86 Dermite séborrhéique		W85 Diabète gravidique	Z07 P. d'éducation	
R02 Souffle court, dyspnée		S87 Dermite atopique/eczéma		W90 Acc. non compliqué, enfant vivant	Z08 P. de protection sociale	
R03 Sibillance		S88 Dermite et allergie de contact		W91 Acc. compliqué, enfant mort	Z09 P. légal	
R04 Autre P. respiratoire		S89 Erythème fessier		W92 Acc. compliqué, enfant vivant	Z10 P. relatif au syst. de soins de santé	
R05 Toux		S90 Pyriasis rosé		W93 Acc. compliqué, enfant mort	Z11 P. du fait d'être malade/compliance	
R06 Saignement de nez, épistaxis		S91 Psoriasis		W94 Mastite puerpérale	Z12 P. de relation entre partenaires	
R07 Congestion nasale, éternuement		S92 Maladie des glandes sudoripares		W95 Autre mal. sein et grossesse/lactation	Z13 P. de comportement du partenaire	
R08 Autre S/P du nez		S93 Kyste sébacé		W96 Autre complication puerpérale	Z14 P. du à la maladie du partenaire	
R09 S/P des sinus		S94 Ongle incarné		W99 Autre maladie de la grossesse/acc.	Z15 Perte/décès du partenaire	
R21 S/P de la gorge		S95 Molluscum contagiosum		Syst. génital féminin et sein X	Z16 P. de relation avec un enfant	
R23 S/P de la voix		S96 Acné		X01 Douleur génitale chez la femme	Z18 P. du à la maladie d'un enfant	
R24 Hémoptysie		S97 Ulcère chronique de la peau		X02 Douleur menstruelle	Z19 Perte/décès d'un enfant	
R25 Expectoration/glaire anormale		S98 Urticaire		X03 Douleur intermenstruelle	Z20 P. relation autre parent/famille	
R26 Peur d'un cancer du syst. respiratoire		S99 Autre maladie de la peau		X04 Rapport sexuel douloureux femme	Z21 P. comportement. autre parent/famille	
R27 Peur d'une autre maladie respiratoire		Métabol., nutrit., endocrinien	T	X05 Menstruation absente/rare	Z22 P. du à la mal. autre parent/famille	
R28 Limitation de la fonction/incap. (R)		endocrinien		X06 Menstruation excessive	Z23 Perte/décès autre parent/famille	
R29 Autre S/P respiratoire		T01 Soif excessive		X07 Menstruation irrégulière/fréquente	Z24 P. de relation avec un ami	
R71 Coqueluche		T02 Appétit excessif		X08 Saignement intermenstruel	Z25 Aggression/événement nocif NCA	
R72 Streptococcie pharyngée		T03 Perte d'appétit		X09 S/P prémenstruel	Z27 Peur d'un P. social	
R73 Furoncle/abcès du nez		T04 P. d'alimentation nourrisson/enfant		X10 Ajournement des menstruations	Z28 Limitation de la fonction/incap. (Z)	
R74 Infection aiguë voies respiratoire sup.		T05 P. d'alimentation de l'adulte		X11 S/P liés à la ménopause	Z29 P. social NCA	
R75 Sinusite aiguë/chronique		T07 Gain de poids		X12 Saignement de la post-ménopause	Abbréviations	
R76 Angine aiguë		T08 Perte de poids		X13 Saignement post-coital femme	/ ou	
R77 Laryngite, trachéite aiguë		T10 Retard de croissance		X14 Ecoulement vaginal	Acc. Accouchement	
R78 Bronchite aiguë, bronchiolite		T11 Déshydratation		X15 S/P du vagin	Anom. Anomalie	
R79 Bronchite chronique		T26 Peur d'un cancer du syst. endocrinien		X16 S/P de la vulve	Bén. Bénin (igne)	
R80 Grippe		T27 Peur autre mal. endoc/métab./nutrit.		X17 S/P du petit bassin chez la femme	CE Corps étranger	
R81 Pneumonie		T28 Limitation de la fonction/incap. (T)		X18 Douleur du sein chez la femme	Gén Généralisé(e)	
R82 Pleurésie, épanchement pleural		T29 Autre S/P endoc/métab./nutrit.		X19 Tuméfaction/masse du sein femme	Incap Incapacité	
R83 Autre infection respiratoire		T70 Infection du syst. endocrinien		X20 S/P du mamelon chez la femme	Indét Indéterminé(e)	
R84 Cancer des bronches, du poumon		T71 Cancer de la thyroïde		X21 Autre S/P du sein chez la femme	Loc. Localisé(e)	
R85 Autre cancer respiratoire		T72 Tumeur bénigne de la thyroïde		X22 Précoc. par l'apparence des seins	Mal. Maladie	
R86 Tumeur respiratoire bénigne		T73 Tumeur indé. du syst. endocrinien		X23 Peur d'une MST chez la femme	MST Maladie sexuellement transmissible	
R87 CE du nez, du larynx, des bronches		T78 Canal/kyste thyroïdienne		X24 Peur dysfonction sexuelle femme	NCA Non classé ailleurs	
R88 Autre lésion traumat. du syst. resp.		T80 Anom. congénit. endoc/ métab./nutrit.		X25 Peur d'un cancer génital femme	P. Problème	
R89 Anom. congénitale du syst. resp.		T81 Goitre		X26 Peur d'un cancer du sein femme	Précoc. Préoccupé(e)	
R90 Hypertrophie amygdalaires/végétations		T82 Obésité		X27 Peur autre mal. génitale/sein femme	RAA Rhumatisme articulaire aigu	
R92 Autre tumeur indé. du syst. resp.		T83 Excès pondéral		X28 Limitation de la fonction/incap. (X)	S/P Symptôme ou plainte	
R95 Mal. pulmonaire chronique obstructive		T85 Hypertrophie/thyréotoxique		X29 Autre S/P génital chez la femme	Sec. Secondaire	
R96 Asthme		T86 Hypothyroïdie/myxoedème		X70 Syphilis chez la femme	Subs. Substance	
R97 Rhinite allergique		T87 Hypoglycémie		X71 Gonococcie chez la femme	Syndr. Syndrome	
R98 Syndrome d'hyperventilation		T89 Diabète insulino-dépendant		X72 Candidose génitale chez la femme	Tum. Tumeur	
R99 Autre maladie respiratoire		T90 Diabète non insulino-dépendant		X73 Trichomonase génitale femme		
		T91 Carence vitaminique/nutritionnelle		X74 Mal. inflammatoire pelvienne femme		
		T92 Goutte		X75 Cancer du col de l'utérus		
CODES PROCÉDURE		T93 Trouble du métabolisme des lipides		X76 Cancer du sein chez la femme		
SYMPTÔMES ET PLAINTES		T99 Autre maladie endoc/métab./nutrit.		X77 Autre cancer génital chez la femme		
INFECTIONS		Système Urinaire	U	X78 Fibrome utérin		
NÉOPLASMES		U01 Dysurie/miction douloureuse		X79 Tumeur bénigne du sein femme		
TRAUMATISMES		U02 Miction fréquente/impérieuse		X80 Tumeur bénigne génitale femme		
ANOMALIES CONGÉNITALES		U04 Incontinence urinaire		X81 Autre tumeur génitale indé. femme		
AUTRES DIAGNOSTICS		U05 Autre P. de miction		X82 Lésion traumat. génitale femme		
		U06 Hématurie		X83 Anom. génitale congénitale femme		
		U07 Autre S/P au sujet de l'urine		X84 Vaginite/vulvite NCA		
		U08 Rétention d'urine		X85 Maladie du col de l'utérus NCA		
		U13 Autre S/P de la vessie		X86 Frottis de col anormal		
		U14 S/P du rein		X87 Prolapsus utéro-vaginal		
		U26 Peur d'un cancer du syst. urinaire		X88 Maladie fibrokystique du sein		
		U27 Peur d'une autre maladie urinaire		X89 Syndrome de tension prémenstruelle		
		U28 Limitation de la fonction/incap. (U)		X90 Herpes génital chez la femme		
		U29 Autre S/P urinaire		X91 Condylome acuminé chez la femme		
		U70 Pyélonéphrite/pyélite		X92 Infection génitale chlamydia femme		
		U71 Cystite/autre infection urinaire		X99 Autre maladie génitale de la femme		

Traducteurs:
Michel Roland et
Marc Jamouille

<p>ICPC-2 v.4.0- Tiếng Việt Bản mã quốc tế về chăm sóc ban đầu (International Classification of Primary Care) – ICPC2 phiên bản 4.0 Bản dịch tiếng Việt năm 2010 WICC (Wonca International Classification Committee)</p> 	<p>A95 Chết chu sinh A96 Tử vong/chết A97 Không mắc bệnh A98 Theo dõi SK, điều trị dự phòng A99 Bệnh chưa xác định</p>	<p>D94 Viêm ruột/dại tràng mãn tính D95 Nứt hậu môn, áp xe quanh hậu môn D96 Nhiễm giun/Ký sinh trùng khác D97 Bệnh gan khác D98 Viêm túi mật/ Sỏi mật D99 Bệnh khác của hệ tiêu hóa</p>	<p>K82 Bệnh tim do phổi K83 Bệnh lý van tim khác K84 Bệnh tim khác K85 Huyết áp cao tới hạn K86 Tăng huyết áp không biến chứng K87 Tăng huyết áp có biến chứng K88 Hạ huyết áp tư thế K89 Thiếu máu não thoáng qua K90 Đột quỵ/Tai biến mạch máu não K91 Bệnh mạch máu não K92 Bệnh mạch máu ngoại vi, xơ vữa K93 Thuyên tắc phổi K94 Viêm tĩnh mạch/viêm tắc tĩnh mạch K95 Dẫn tĩnh mạch chi dưới K96 Tri K99 Các bệnh lý tim mạch khác</p>		
<p>Thủ thuật phẫu thuật</p> <p>-30 KB /đánh giá sức khỏe toàn diện -31 KB/đánh giá sức khỏe chuyên biệt -32 XN nhạy cảm -33 XN tế bào-miễn dịch -34 XN máu -35 XN nước tiểu -36 XN phân -37 XN giải phẫu bệnh -38 Các XN cận lâm sàng khác -39 Khám nghiệm thăm dò chức năng -40 Nội soi chẩn đoán -41 Hình ảnh học chẩn đoán -42 Điện thăm dò -43 Thủ thuật chẩn đoán khác -44 Chưng ngừa -45 Truyền thông-giáo dục sức khỏe -46 Trao đổi với NVYT tuyến đầu -47 Trao đổi với NVYT chuyên gia -48 Trao đổi, giải thích VDSK -49 Quy trình phòng bệnh khác -50 Cho thuốc/kê toa/dối/tiêm thuốc -51 Dẫn lưu, hút dịch cơ thể -52 Sinh thiết,cắt lọc, làm sạch VT -53 Đặt ống thông, nội khí quản, stent -54 Chỉnh sửa/cố định/bổ bột/lấp/tháo -55 Tiêm thuốc, đắp thuốc tại chỗ -56 Băng bó/ấn/chèn chung quanh -57 VLTL, phục hồi chức năng -58 Liệu pháp hương dẫn/lắng nghe -59 Thủ thuật trị liệu/tiêu phẫu khác -60 Phân tích KQ XN/thủ thuật -61 Phân tích KQ XN, hồ sơ (từ nơi khác) -62 Thủ tục hành chính -63 KB theo dõi (không cụ thể) -64 KB theo dõi(VDSK đã biết) -65 KB theo dõi(VDSK đã biết khác) -66 Chuyển bệnh tới tuyến đầu -67 Chuyển bệnh đến tuyến sau -68 Chuyển bệnh (không xếp loại nơi khác) -69 Lý do KB khác (không xếp loại nơi khác)</p>	<p>Máu, miễn dịch B</p> <p>B02 Hạch bạch huyết to / đau B04 TC-TP bệnh về máu B25 Sợ nhiễm AIDS/HIV B26 Sợ mắc bệnh ung thư máu/hạch B27 Sợ mắc bệnh về máu/hạch khác B28 Giới hạn-mắt chức năng hệ huyết học B29 TC-TP hệ miễn dịch khác B70 Viêm hạch bạch huyết cấp B71 Viêm hạch bạch huyết mãn-không DH B72 Lymphoma/ bệnh Hodgkins B73 Bệnh bạch cầu B74 Tân sinh ác tính khác của máu B75 Tân sinh lành tính máu không DH B76 Võ lách chấn thương B77 Tồn thương khác của máu/hạch/lách B78 Thiếu máu tán huyết do di truyền B79 Bất thường bẩm sinh máu/hạch khác B80 Thiếu máu thiếu sắt B81 Thiếu máu do thiếu Vit B12/A. folic B82 Thiếu máu khác/không DH B83 Ban xuất huyết/rối loạn đông máu B84 Bạch cầu bất thường chưa rõ NN% B87 Lách to B90 Nhiễm HIV/AIDS B99 Bệnh máu/bạch huyết/ lách khác</p>	<p>Mắt F</p> <p>F01 Đau mắt F02 Mắt đỏ F03 Tiết dịch bất thường ở mắt F04 Bệnh ruồi bay F05 Rối loạn khác của thị giác F13 Cảm giác khác thường của mắt F14 Bất thường cử động của mắt F15 Biểu hiện bất thường của mắt F16 TC-TP ở mi mắt F17 TC-TP về mắt kính F18 TC-TP về kính sát trùng F27 Lo sợ bệnh về mắt F28 Giới hạn/mắt chức năng của mắt F29 TC-TP khác của mắt F70 Viêm kết mạc do nhiễm trùng F71 Viêm kết mạc dị ứng F72 Viêm mi/leo/chấp F73 Viêm nhiễm khác ở mắt F74 Bướu ở mắt/phần phụ của mắt F75 CT mắt/xuất huyết ở mắt F76 Dịch ở mắt F79 Thương tổn khác ở mắt F80 Nghiến lệ đạo ở trẻ em F81 Dị tật bẩm sinh khác của mắt F82 Bong rách võng mạc F83 Bệnh lý võng mạc F84 Thoái hóa hoàng điểm F85 Loét giác mạc F86 Bệnh mắt hột F91 Tật khúc xạ F92 Đục thủy tinh thể F93 Tăng nhãn áp F94 Mù 2 mắt F95 Tật vận nhãn F99 Bệnh khác của mắt/phần phụ</p>	<p>Cơ xương khớp L</p> <p>L01 TC-TP về cổ L02 TC-TP về lưng L03 TC-TP về thắt lưng L04 TC-TP về lồng ngực L05 TC-TP về sườn/nách L07 TC-TP về hàm L08 TC-TP về vai L09 TC-TP về cánh tay L10 TC-TP về khuỷu tay L11 TC-TP về cổ tay L12 TC-TP về bàn/ngón tay L13 TC-TP về hông L14 TC-TP về chân/đùi L15 TC-TP về đầu gối L16 TC-TP về cò chân L17 TC-TP về bàn/ngón chân L18 Đau cơ L19 TC-TP về cơ khác L20 TC-TP về khớp khác L26 Lo sợ ung thư hệ cơ xương khớp L27 Lo sợ bệnh cơ xương khớp khác L28 Giới hạn/mắt CN-KN hệ cơ xương khớp L29 TC-TP khác về cơ xương khớp L70 Viêm nhiễm hệ cơ xương khớp L71 Bướu ác tính hệ cơ xương khớp</p>		
<p>Tổng quát không chuyên biệt A</p> <p>A01 Đau toàn thân/nhiều vị trí A02 Ổn lạnh, rụng mình A03 Sốt A04 Yếu/mệt toàn thân A05 Cảm giác bị bệnh A06 Ngất/bất tỉnh A07 Hôn mê A08 Sưng A09 Vấn đề đồ mờ hồ A10 Chảy máu/xuất huyết không DH A11 Đau ngực không DH A13 Lo lắng/ Sợ điều trị A16 Trẻ quấy A18 Lo lắng về về bề ngoài A20 Thảo luận về chết theo nguyện vọng A21 Yếu tố nguy cơ của bướu ác tính A23 Yếu tố nguy cơ khác A25 Lo sợ chết/hấp hối A26 Sợ ung thư khác, không DH A27 Lo sợ bệnh khác (không DH) A28 Giới hạn/hạn chế chức năng khác A29 TC-TP tổng quát khác A70 Nhiễm lao A71 Sởi A72 Thủy đậu A73 Sốt rét A74 Rubella A75 Nhiễm trùng tăng bạch cầu đơn nhân A76 Phát ban do nhiễm virus khác A77 Bệnh virus khác, không DH A78 Bệnh nhiễm trùng khác không DH A79 Bệnh bướu ác tính không DH A80 Chấn thương/VT khác không DH A81 Đa chấn thương/VT A82 Tồn thương thứ phát do chấn thương A84 Ngộ độc thuốc A85 Tác dụng ngoại ý của thuốc A86 Ngộ độc không do thuốc A87 Biến chứng điều trị A88 Tác dụng phụ của các yếu tố vật lý A89 Hậu quả do bộ phận giả A90 Dị tật bẩm sinh khác, không DH A91 KQ khảo sát bất thường không DH A92 Dị ứng/quả mẫn khác DH A93 Sinh non A94 Bệnh chu sinh khác</p>	<p>MÃ THỦ THUẬT CHUNG</p> <p>THAN PHIÊN, TRIỆU CHỨNG</p> <p>NHIỄM TRÙNG</p> <p>BƯỚU TÀN SINH</p> <p>TỒN THƯƠNG</p> <p>BẤT THƯỜNG BẨM SINH</p> <p>CHẨN ĐOÁN KHÁC</p>	<p>Tiêu hóa D</p> <p>D01 Đau bụng toàn thể D02 Đau thượng vị D03 Nóng rát sau xương ức (tiêu hóa) D04 Đau hậu môn/trực tràng D05 Ngứa quanh hậu môn D06 Đau bụng khu trú khác D07 Khó tiêu/không tiêu D08 Đầy bụng/đầy hơi/ợ hơi D09 Buồn nôn D10 Nôn D11 Tiêu chảy D12 Táo bón D13 Vàng da D14 Nôn ra máu D15 Tiêu phân đen D16 Chảy máu trực tràng D17 Đi cầu không kiểm soát D18 Đột đặc điểm phân/nhu động ruột D19 TC-TP về ráng/lợi (người) D20 TC-TP miệng/môi/lưỡi D21 Nuốt khó D23 Gan to D24 Khối trong ổ bụng khác D25 Trướng bụng D26 Lo sợ bị bệnh ung thư hệ tiêu hóa D27 Lo sợ bị bệnh thuộc hệ tiêu hóa D28 Giới hạn/mắt CN-KN đường tiêu hóa D29 TC-TP về hệ tiêu hóa khác D70 Nhiễm trùng hệ tiêu hóa D71 Quai bị D72 Viêm gan siêu vi D73 Viêm hệ tiêu hóa nghi do vi trùng D74 Bướu dạ dày ác tính D75 Bướu đại / trực tràng ác tính D76 Bướu tụy ác tính D77 Bướu đường tiêu hóa ác tính khác D78 Bướu lành/không DH của hệ tiêu hóa D79 Dị vật đường tiêu hóa D80 Tồn thương khác ở đường tiêu hóa D81 Dị tật bẩm sinh hệ tiêu hóa D82 Bệnh rạn lợi D83 Bệnh của miệng, lưỡi, môi D84 Bệnh thực quản D85 Loét tá tràng D86 Loét dạ dày, khác D87 Rối loạn chức năng dạ dày D88 Viêm ruột thừa D89 Thoát vị bẹn D90 Thoát vị tâm vị D91 Thoát vị khác của bụng D92 Bệnh túi thừa D93 Hôi chứng đại tràng kích thích</p>	<p>Tai H</p> <p>H01 Đau tai H02 Than phiền về thính giác H03 ù tai, chuông reo/ o e trong tai H04 Chảy dịch tai H05 Chảy máu tai H11 ù tai H12 Lo lắng về hình thể của tai H15 Lo sợ bệnh ở tai H28 Giới hạn/mắt chức năng của tai H29 TC-TP khác của tai H70 Viêm ống tai ngoài H71 Viêm tai giữa/ màng nhĩ cấp H72 Viêm tai giữa thanh dịch H73 Viêm vòi Eustache H74 Viêm tai giữa mãn H75 Bướu của tai H76 Dị vật trong tai H77 Thủng màng nhĩ H78 Tồn thương nông ở tai H79 Tồn thương khác của tai H80 Dị tật bẩm sinh của tai H81 Ráy tai quá mức, Ráy tai bít H82 Hội chứng chóng mặt H83 Xốp xơ tai H84 Diệt tuổi già H85 Chấn thương tai do âm thanh H86 Điếc H99 Bệnh khác của tai/xương chũm</p>	<p>Tim mạch K</p> <p>K01 Đau vùng trước tim K02 Bóp nghẹt ở tim K03 Đau khác do bệnh tim mạch K04 Hội hộp/đánh trống ngực K05 Rối loạn nhịp khác ở tim K06 Phồng tĩnh mạch K07 Phù mắt cá/phù chân K22 Yếu tố nguy cơ tim mạch K24 Lo sợ bị bệnh tim mạch K25 Lo sợ bệnh tăng huyết áp K27 Lo sợ những bệnh tim mạch khác K28 Giới hạn/mắt CN-KN của hệ tim mạch K29 TC-TP về bệnh tim mạch khác K70 Nhiễm trùng hệ tim mạch K71 Sốt thấp/Thấp tim K72 Bướu thuốc hệ Tim mạch K73 Dị tật bẩm sinh hệ tim mạch K74 Bệnh cơ tim thiếu máu có đau ngực K75 Nhồi máu cơ tim cấp K76 Bệnh tim thiếu máu không đau ngực K77 Suy tim K78 Rung nhĩ/ cuồng nhĩ K79 Nhịp tim nhanh kịch phát K80 Các rối loạn nhịp khác K81 Âm thổi khác ở tim/mạch máu</p>	<p>Thần kinh N</p> <p>N01 Đau đầu N03 Đau vùng mặt N04 Hội chứng chân không yên N05 Dị cảm ở tay/chân N06 Rối loạn cảm giác khác N07 Co giật N08 Cử động không tự ý bất thường N16 Rối loạn khứu giác/vị giác N17 Chóng mặt, hoa mắt N18 Tê liệt yếu liệt N19 Rối loạn ngôn ngữ N26 Lo sợ ung thư hệ thần kinh N27 Lo sợ bệnh thần kinh khác N28 Giới hạn mắt CN-KN hệ thần kinh N29 TC-TP khác hệ thần kinh N70 Viêm tủy xám (sốt bại liệt) N71 Viêm màng não/Viêm não N72 Uốn ván N73 Nhiễm trùng khác của hệ thần kinh N74 Bướu ác tính hệ thần kinh N75 Bướu lành tính hệ thần kinh N76 Bướu không điển hình hệ thần kinh N79 Chấn động (não) N80 Chấn thương khác của đầu N81 Tồn thương khác của hệ thần kinh N85 Dị tật bẩm sinh hệ thần kinh N86 Cơ xương rai rạc</p>

N87 Parkinson	Da liễu	S	U07 TC-TP khác của hệ niệu	X75 Bướu ác tính của cổ tử cung
N88 Động kinh	S01 Đau da	U08 Tiêu tồn lưu	X76 Bướu ác tính tuyến vú người nữ	X77 Bướu ác cơ quan sinh dục nữ
N89 Migraine	S02 Ngứa	U13 TC-TP khác của bàng quang	U14 TC-TP về thận	X78 U xơ tử cung
N90 Đau đầu cluster	S03 Mụn cóc	U26 Lo sợ bị bệnh ung thư hệ thần niệu	U27 Lo sợ bệnh khác của hệ thận niệu	X80 Bướu lành tính cơ quan sinh dục nữ
N91 Liệt mắt/ Liệt Bell	S04 U cục/sung phồng khu trú	U28 Giới hạn/mắt CN-KN hệ thận niệu	U29 TC-TP khác hệ thận niệu	X82 Tồn thương cơ quan sinh dục nữ
N92 Đau dây thần kinh tam thoa	S05 U cục / sung phồng lan toả	U70 Viêm thận đài bể thận/viêm bể thận	U71 Viêm nhiễm bàng quang/niệu đạo khác	X83 Dị tật bẩm sinh cơ quan sinh dục nữ
N93 Hội chứng ống cổ tay	S06 Hồng ban khu trú	U72 Viêm niệu đạo	U75 Bướu ác tính ở thận	X84 Viêm âm đạo/âm hộ khác
N94 Bệnh dây thần kinh ngoại biên	S07 Hồng ban toàn thân	U76 Bướu ác tính bàng quang	U77 Bướu ác tính khác hệ niệu	X85 Bệnh cổ tử cung khác
N95 Đau đầu căng thẳng	S08 Thay đổi màu sắc da	U78 Bướu lành của hệ niệu	U79 Bướu hệ niệu không điển hình	X86 Bất thường phát móng cổ tử cung
N99 Bệnh khác của hệ thần kinh	S09 Chín mé, nhiễm trùng ngón tay/chân	U80 Tồn thương hệ niệu	U85 Dị tật bẩm sinh hệ niệu	X87 Sa sinh dục
Tâm thần	P	Thai sản	W	Nam khoa
P01 Lo âu/bức dọc/căng thẳng	S10 Nhọt(đinh râu)/cụm nhọt (hậu bối)	W01 Những tác mắc về thai kỳ	W02 Lo sợ cơ thai	Y01 Đau dương vật
P02 Phản ứng stress cấp	S11 Nhiễm trùng da sau chấn thương	W03 Xuất huyết trước sinh	W05 Bướn nồn/nồn trong thai kỳ	Y02 Đau bìu/tinh hoàn
P03 Cảm giác chân nán, thất vọng	S12 Vết cắn do côn trùng / nốt đốt	W06 Bùn non/nón trong thai kỳ	W10 Ngừa thai/tránh thai sau giao hợp	Y03 Xuất tiết niệu đạo nam
P04 Cảm giác/hành vi kích động	S13 Vết cắn do động vật / người	W07 Thai ngoài ý muốn	W11 Tránh thai bằng đường uống	Y04 TC-TP ở dương vật
P05 Cảm nhận/hành vi lảo suy	S14 Bông/phồng	W08 Thai lạc chỗ (thai ngoài tử cung)	W12 Tránh thai bằng dụng cụ tử cung	Y05 TC-TP ở bìu/tinh hoàn
P06 Rối loạn giấc ngủ	S15 Dị vật trong da, dằm dằm	W09 Thai ngoài ý muốn	W13 Triệt sản nữ	Y06 TC-TP tuyến tiền liệt
P07 Giảm ham muốn tình dục	S16 Thâm tím/dụng giáp	W10 Ngừa thai/tránh thai sau giao hợp	W14 Phương pháp ngừa thai khác ở nữ	Y07 Bất lực khác
P08 Giảm đáp ứng tình dục	S17 Trầy da, xây xát, vết rộp da	W11 Tránh thai bằng đường uống	W15 Vô sinh/hiếm muộn ở nữ	Y08 TC-TP khả năng tình dục nam
P09 Rối loạn xác định giới tính	S18 Vết rách / cắt	W12 Tránh thai bằng dụng cụ tử cung	W16 Vô sinh/hiếm muộn nam	Y10 Vô sinh/hiếm muộn nam
P10 Nói lắp/rối loạn Tic	S19 Tồn thương da khác	W13 Triệt sản nữ	W17 Xuất huyết sau sinh	Y13 Triệt sản Nam
P11 Vấn đề ăn ở trẻ em	S20 Chai chân/chai tay	W14 Phương pháp ngừa thai khác ở nữ	W18 TC-TP khác sau sinh	Y14 Kế hoạch hóa gia đình ở nam
P12 Đái dầm	S21 TC-TP liên quan đến thay đổi về da	W15 Vô sinh/hiếm muộn ở nữ	W19 TC-TP liên quan đến sữa	Y16 TC-TP về vú nam
P13 Iạ trìn/vấn đề về đi cầu	S22 TC-TP liên quan đến móng tay	W16 Vô sinh/hiếm muộn ở nữ	W20 Thai liên quan đến ngoại hình do thai kỳ	Y24 Sự rối loạn chức năng tình dục nam
P15 Nghiện rượu mãn tính	S23 Mất tóc, rụng tóc, hói đầu	W17 Xuất huyết sau sinh	W21 liên quan đến ngoại hình do thai kỳ	Y25 Sự rối loạn chức năng tình dục nam
P16 Loạn thần cấp do nghiện rượu	S24 TC-TP liên quan đến tóc và da đầu	W18 TC-TP khác sau sinh	W22 Lo sợ biến chứng của thai kỳ	Y26 Sự rối loạn chức năng tình dục nam
P17 Nghiện thuốc lá	S26 Lo sợ bị những bệnh khác của da	W19 TC-TP liên quan đến sữa	W23 lo sợ biến chứng của thai kỳ	Y27 Sự rối loạn chức năng tình dục nam
P18 Lạm dụng thuốc	S27 Lo sợ bị những bệnh khác của da	W20 Thai liên quan đến ngoại hình do thai kỳ	W24 Giới hạn/mắt CN-KN liên quan thai kỳ	Y28 Giới hạn/mắt CN-KN sinh dục nam
P19 Lạm dụng các chất gây nghiện	S28 Giới hạn/ mất khả năng của da	W21 liên quan đến ngoại hình do thai kỳ	W25 Giới hạn/mắt CN-KN liên quan thai kỳ	Y29 TC-TP khác cơ quan sinh dục nam
P20 Rối loạn trí nhớ	S29 TC-TP khác liên quan đến da	W22 Lo sợ biến chứng của thai kỳ	W26 Giới hạn/mắt CN-KN liên quan thai kỳ	Y70 Giang mai nam giới
P22 TC-TP về hành vi trẻ em	S70 Giới leo, zona (herpes zoster)	W23 lo sợ biến chứng của thai kỳ	W27 TC-TP khác liên quan đến thai kỳ	Y71 Nhiễm lậu cầu ở nam
P23 TC-TP về hành vi thanh niên	S71 Mụn giộp (nhiễm Herpes simplex)	W24 Giới hạn/mắt CN-KN liên quan thai kỳ	W28 TC-TP khác liên quan đến thai kỳ	Y72 Nhiễm herpes cơ quan sinh dục nam
P24 Rối loạn liên quan đến học tập	S72 Ghê/vê khác	W25 Giới hạn/mắt CN-KN liên quan thai kỳ	W29 TC-TP khác liên quan đến thai kỳ	Y73 Viêm tiền liệt tuyến/viêm túi tinh
P25 Rối loạn giai đoạn trưởng thành	S73 Chảy rạn/nhiễm trùng khác ở da	W26 Giới hạn/mắt CN-KN liên quan thai kỳ	W30 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	Y74 Viêm tinh hoàn/mào tinh
P27 Sự rối loạn tâm thần	S74 Nhiễm nấm da	W27 TC-TP khác liên quan đến thai kỳ	W31 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	Y75 Viêm bao quy đầu
P28 Giới hạn/mắt CN-KN tâm thần	S75 Nhiễm candida ở da	W28 TC-TP khác liên quan đến thai kỳ	W32 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	Y76 Mụn con sinh dục nam
P29 TC-TP liên quan đến tâm thần khác	S76 Nhiễm trùng khác ở da	W29 TC-TP khác liên quan đến thai kỳ	W33 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	Y77 Bướu ác tiền liệt tuyến
P70 Sa sút tâm thần, mất trí nhớ	S77 Bướu ác ở da	W30 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	W34 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	Y78 Bướu ác khác sinh dục ở nam
P71 Rối loạn tâm thế khác	S78 Bướu mỡ	W31 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	W35 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	Y79 Bướu lành hệ sinh dục nam
P72 Tâm thần phân liệt	S79 U bì lành tính/không điển hình	W32 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	W36 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	Y80 Tồn thương cơ quan sinh dục nam
P73 Rối loạn lưỡng cực	S80 Bông nang/sưng hóa do nắng	W33 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	W37 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	Y81 Hẹp/thừa bao quy đầu
P74 Rối loạn lo âu/tình trạng lo âu	S81 Bướu máu/mạch bạch huyết	W34 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	W38 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	Y82 Lỗ tiểu đóng thấp
P75 Rối loạn dạng cơ thể	S82 Nốt ruồi	W35 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	W39 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	Y83 Tinh hoàn ẩn
P76 Rối loạn trầm cảm	S83 Dị tật bẩm sinh khác của da	W36 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	W40 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	Y84 Dị tật bẩm sinh hệ sinh dục nam
P77 Tự tử/ cố ý tự tử	S84 Chốc lờ	W37 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	W41 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	Y85 Bướu lành tuyến tiền liệt
P78 Suy nhược/lao lực thần kinh	S85 Xoang nang lông/đường dò nang lông	W38 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	W42 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	Y86 Trần dịch phúc tinh mạc
P79 Âm ảnh suy/rối loạn âm ảnh	S86 Viêm da tiết bã	W39 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	W43 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	Y99 Bệnh khác ở cơ quan sinh dục nam
P80 Rối loạn nhân cách	S87 Viêm da chàm dị ứng	W40 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	W44 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	Vấn đề xã hội
P81 Rối loạn tăng tăng động	S88 Viêm da tiếp xúc/dị ứng	W41 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	W45 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	Z01 Vấn đề tài chính/ngheo đói
P82 Rối loạn stress sau chấn thương	S89 Hăm, đỏ da do da tã lót	W42 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	W46 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	Z02 Vấn đề về thức ăn/thức uống
P85 Chậm phát triển tâm thần	S90 Vảy phấn hồng	W43 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	W47 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	Z03 Vấn đề nhà ở/làng giêng
P86 Chấn ăn tâm thần/cưỡng ăn	S91 Vảy nến	W44 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	W48 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	Z04 Vấn đề văn hóa xã hội
P98 Loạn thần khác	S92 Bệnh tuyến mồ hôi	W45 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	W49 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	Z05 Vấn đề việc làm
P99 Rối loạn tâm lý khác	S93 Nang tuyến bã	W46 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	W50 Nhiễm trùng/nhiễm độc hậu sản	Z06 Vấn đề thất nghiệp
Hồ hấp	R	Phụ khoa	X	Viết tắt
R01 Đau liên quan đến hệ hô hấp	S94 Móng quặp	X01 Đau cơ quan sinh dục nữ	X02 Thông kinh	KB Khám bệnh
R02 Thở nóng / khô thở	S95 U mềm lây	X03 Đau giữa kỳ kinh	X04 Giao hợp đau ở nữ	XN Xét nghiệm
R03 Thở khô khè	S96 Mụn trứng cá	X05 Vô kinh/Thiểu kinh	X05 Vô kinh/Thiểu kinh	TC Triệu chứng
R04 Vấn đề khác của thở	S97 Loét da mãn tính	X06 Cường kinh, kinh quá mức	X06 Cường kinh, kinh quá mức	VĐSK Vấn đề sức khỏe
R05 Ho	S98 Mê đay	X07 Kinh không đều/Đa kinh	X07 Kinh không đều/Đa kinh	KQ Kết quả
R06 Chảy máu mũi	S99 Các bệnh khác của da	X08 Xuất huyết giữa các kỳ kinh	X08 Xuất huyết giữa các kỳ kinh	VLTL Vật lý trị liệu
R07 Hắc hơi/số mũi	Nội tiết-dinh dưỡng	X09 TC-TP trước hành kinh	X09 TC-TP trước hành kinh	VT Vết thương
R08 TC-TP liên quan đến mũi	T01 Khát nước quá mức	X10 Ngưng ra kinh	X10 Ngưng ra kinh	ĐH Đặc hiệu
R09 TC-TP liên quan đến xoang	T02 Ăn quá mức	X11 TC-TP liên quan đến mãn kinh	X11 TC-TP liên quan đến mãn kinh	CN-KN Chức năng-khả năng
R21 TC-TP liên quan đến mắt	T03 Chấn ăn	X12 Xuất huyết sau mãn kinh	X12 Xuất huyết sau mãn kinh	TC-TP Triệu chứng-than phiền
R23 TC-TP liên quan đến giọng nói	T04 Vấn đề về nuôi ăn ở trẻ em	X13 Xuất huyết sau giao hợp	X13 Xuất huyết sau giao hợp	
R24 Ho ra máu	T05 Vấn đề dinh dưỡng ở người lớn	X14 Tăng tiết dịch âm đạo	X14 Tăng tiết dịch âm đạo	
R25 Khạc đờm bất thường	T07 Tăng cân	X15 TC-TP khác liên quan đến âm đạo	X15 TC-TP khác liên quan đến âm đạo	
R26 Lo sợ ung thư thuộc hệ hô hấp	T08 Sụt cân	X16 TC-TP liên quan đến âm hộ	X16 TC-TP liên quan đến âm hộ	
R27 Lo sợ bệnh khác của hệ hô hấp	T10 Chậm phát triển	X17 TC-TP liên quan đến khung chậu nữ	X17 TC-TP liên quan đến khung chậu nữ	
R28 Giới hạn/mắt CN-KN hệ hô hấp	T11 Tình trạng mắt nước	X18 Đau vú ở nữ giới	X18 Đau vú ở nữ giới	
R29 TC-TP khác hệ hô hấp	T26 Lo sợ ung thư thuộc hệ nội tiết	X19 Cục khối u ở vú người nữ	X19 Cục khối u ở vú người nữ	
R71 Ho gà	T27 Sự bệnh hệ nội tiết/chuyển hóa khác	X20 TC-TP liên quan đến núm vú nữ	X20 TC-TP liên quan đến núm vú nữ	
R72 Viêm họng liên cầu khuẩn Strep	T28 Giới hạn/mắt CN-KN hệ nội tiết	X21 TC-TP khác liên quan đến vú nữ	X21 TC-TP khác liên quan đến vú nữ	
R73 Nhọt/áp xe vùng mũi	T29 TC-TP khác hệ nội tiết	X22 Lo lắng về hình thể tuyến vú ở nữ	X22 Lo lắng về hình thể tuyến vú ở nữ	
R74 Nhiễm trùng hô hấp trên cấp	T70 Nhiễm trùng hệ nội tiết	X23 Sự bệnh lây qua đường tình dục nữ	X23 Sự bệnh lây qua đường tình dục nữ	
R75 Viêm xoang cấp/man	T71 Bệnh lý u ác tính tuyến giáp	X24 Sự rối loạn CN-KN tình dục nữ	X24 Sự rối loạn CN-KN tình dục nữ	
R76 Viêm các tuyến bạch huyết cấp	T72 U lành tuyến giáp, phình giáp	X25 Sự rối loạn chức năng sinh dục nữ	X25 Sự rối loạn chức năng sinh dục nữ	
R77 Viêm thanh quản/viêm khí quản cấp	T73 Bướu lành hệ nội tiết/không rõ	X26 Sự rối loạn chức năng sinh dục nữ	X26 Sự rối loạn chức năng sinh dục nữ	
R78 Viêm phế quản/tiêu phế quản cấp	T78 Ông giáp/lồi/ nang giáp lồi	X27 Sự bệnh về bộ phận sinh dục/vú nữ	X27 Sự bệnh về bộ phận sinh dục/vú nữ	
R79 Viêm phế quản mạn tính	T80 Dị tật bẩm sinh hệ nội tiết	X28 Giới hạn/mắt CN-KN hệ sinh dục nữ	X28 Giới hạn/mắt CN-KN hệ sinh dục nữ	
R80 Cúm	T81 Bướu lành tuyến giáp	X29 TC-TP khác hệ sinh dục nữ	X29 TC-TP khác hệ sinh dục nữ	
R81 Viêm phổi	T82 Béo phì	X70 Giang mai ở người nữ	X70 Giang mai ở người nữ	
R82 Viêm/trần dịch màng phổi	T83 Thừa cân	X71 Nhiễm lậu cầu ở người nữ	X71 Nhiễm lậu cầu ở người nữ	
R83 Nhiễm trùng hô hấp khác	T85 Cường giáp/ nhiễm độc giáp	X72 Nhiễm candida cơ quan sinh dục nữ	X72 Nhiễm candida cơ quan sinh dục nữ	
R84 Bướu phế quản/phổi ác tính	T86 Suy giáp, phù niêm	X73 Nhiễm trichomonas cơ quan sinh dục	X73 Nhiễm trichomonas cơ quan sinh dục	
R85 Bướu ác tính đường hô hấp khác	T87 Hạ đường huyết	X74 Viêm vùng chậu ở nữ	X74 Viêm vùng chậu ở nữ	
R86 Bướu lành tính hệ hô hấp	T89 Đái tháo đường phụ thuộc insulin			
R87 Dị vật mũi, thanh quản, phế quản	T90 Đái tháo đường không phụ thuộc insulin			
R88 Tồn thương khác của hệ hô hấp	T91 Thiếu vitamin/suy dinh dưỡng			
R89 Dị tật bẩm sinh hệ hô hấp	T92 Gout, thông phong			
R90 Phi đại nang bạch huyết vùng họng	T93 Rối loạn chuyển hóa lipid			
R92 Bướu đường hô hấp không điển hình	T99 Bệnh khác hệ nội tiết			
R95 Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính	Thận niệu	U		
R96 Hen phế quản	U01 Rối loạn đi tiểu/ đi tiểu đau	U01 Rối loạn đi tiểu/ đi tiểu đau		
R97 Viêm mũi dị ứng	U02 Tiểu liệt nhất (nhiều lần)/tiểu gấp	U02 Tiểu liệt nhất (nhiều lần)/tiểu gấp		
R98 Hội chứng tăng thông khí	U04 Tiểu không kiểm soát	U04 Tiểu không kiểm soát		
R99 Bệnh đường hô hấp khác	U05 Rối loạn liên quan đi tiểu khác	U05 Rối loạn liên quan đi tiểu khác		
	U06 Tiểu ra máu	U06 Tiểu ra máu		

ICPC-2 – French International Classification of Primary Care – 2 nd Edition Wonca International Classification Committee (WICC)		ICPC-2 v.4.0 – Tiếng Việt Bản mã quốc tế về chăm sóc ban đầu (International Classification of Primary Care) – ICPC2 phiên bản 4.0 Bản dịch tiếng Việt năm 2010 WICC (Wonca International Classification Committee)		Osteo-articulaire		Cơ xương khớp	
80	Ex médical/bilan santé détaillé	L01	S/P du cou	L01	TC-TP về cổ	L01	TC-TP về cổ
81	Ex médical/bilan santé partiel	L02	S/P de dos	L02	S/P de dos	L02	TC-TP về lưng
82	Test de sensibilité	L03	S/P des lombes	L03	S/P des lombes	L03	TC-TP về thắt lưng
83	Ex microbiologiques/immunologique	L04	S/P du thorax	L04	S/P du thorax	L04	TC-TP về lồng ngực
84	Autre analyse de sang	L05	S/P du flanc et du creux axillaire	L05	S/P du flanc et du creux axillaire	L05	TC-TP về sườn/mách
85	Autre analyse d'urine	L06	S/P de la nuque	L06	S/P de la nuque	L06	TC-TP về vai
86	Autre analyse de selles	L07	S/P de la mâchoire	L07	S/P de la mâchoire	L07	TC-TP về hàm
87	Cytologie/histologie	L08	S/P de l'épaulé	L08	S/P de l'épaulé	L08	TC-TP về vai
88	Autre analyse de laboratoire	L09	S/P du bras	L09	S/P du bras	L09	TC-TP về cánh tay
89	Epreuve fonctionnelle	L10	S/P du coude	L10	S/P du coude	L10	TC-TP về khuỷu tay
90	Endoscopie	L11	S/P du poignet	L11	S/P du poignet	L11	TC-TP về cò tay
91	Radiologie diagnostique/Imagerie	L12	S/P de la main et de doigt	L12	S/P de la main et de doigt	L12	TC-TP về bàn/ngón tay
92	Tracé électrique	L13	S/P de la hanche	L13	S/P de la hanche	L13	TC-TP về hông
93	Autre procédure diagnostique	L14	S/P de la jambe et de la cuisse	L14	S/P de la jambe et de la cuisse	L14	TC-TP về chân/dù
94	Vaccination/médication préventive	L15	S/P du genou	L15	S/P du genou	L15	TC-TP về đầu gối
95	Recom./éducation santé/avis/régime	L16	S/P de la cheville	L16	S/P de la cheville	L16	TC-TP về cò chân
96	Discussion entre dispensateurs SSP	L17	S/P du pied et de l'orteil	L17	S/P du pied et de l'orteil	L17	TC-TP về bàn/ngón chân
97	Discussion dispensateur spécialiste	L18	Douleur musculaire	L18	Douleur musculaire	L18	Dau cơ
98	Clarification de la demande du patient	L19	S/P musculoaire NCA	L19	S/P musculoaire NCA	L19	TC-TP về cơ khác
99	Autre procédure préventive	L20	S/P d'une articulation NCA	L20	S/P d'une articulation NCA	L20	TC-TP về khớp khác
00	Médication/prescription/injection	L21	Peur cancer syst. ostéo-articulaire	L21	Peur cancer syst. ostéo-articulaire	L21	Lo sợ bệnh cơ xương khớp khác
01	Incision/drainage/aspiration	L22	Peur autre maladie syst. ostéo-artic.	L22	Peur autre maladie syst. ostéo-artic.	L22	Lo sợ bệnh cơ xương khớp khác
02	Excision/biopsie/cauter/débridement	L23	Limitation de la fonction/mcap. (L)	L23	Limitation de la fonction/mcap. (L)	L23	Giới hạn/mất CN-KN hệ cơ xương khớp
03	Perfusion/infus./dilatat./appareillage	L24	Infection du syst. ostéo-articulaire	L24	Infection du syst. ostéo-articulaire	L24	Viêm nhiễm hệ cơ xương khớp
04	Répar./fixation/suture/plâtre/prothèse	L25	Cancer du syst. ostéo-articulaire	L25	Cancer du syst. ostéo-articulaire	L25	Ung thư ác tính hệ cơ xương khớp
05	Traitement local/infiltration	L26	Fracture du radius/du cubitus	L26	Fracture du radius/du cubitus	L26	Giãy xương quay/xương trụ
06	Parcèment/compression/handage	L27	Fracture du tibia/du péroné	L27	Fracture du tibia/du péroné	L27	Giãy xương chày/xương mác
07	Thérapie manuelle/médecine physique	L28	Fracture de la main/du pied	L28	Fracture de la main/du pied	L28	Giãy xương bàn tay / bàn chân
08	Conseil thérap./écoute/examens	L29	Fracture du fémur	L29	Fracture du fémur	L29	Giãy xương đùi
09	Résultats analyses/examens	L30	Autre fracture	L30	Autre fracture	L30	Giãy xương khác
10	Contact administratif	L31	Entorse de la cheville	L31	Entorse de la cheville	L31	Bong/căng gân khớp gối
11	Rencontre de suivi:	L32	Entorse du genou	L32	Entorse du genou	L32	Bong/căng gân khớp gối
12	Epis. nouveau/en cours int. par disp.	L33	Entorse articulaire NCA	L33	Entorse articulaire NCA	L33	Bong/gân / căng cơ khác
13	Epis. nouveau/en cours int. par tiers	L34	Lésion traum. NCA ostéo-articulaire	L34	Lésion traum. NCA ostéo-articulaire	L34	Tổn thương cơ xương khớp khác
14	Référence à dispens. SSP non médecin	L35	Syndrôme cervicel	L35	Syndrôme cervicel	L35	Hội chứng cổ (gáy)
15	Référence à médecin	L36	Syndr. dorso-lomb. sans irradiation	L36	Syndr. dorso-lomb. sans irradiation	L36	Hội chứng đau lưng không đau theo rễ
16	Autre référence	L37	Syndr. dorso-lombaire et irradiation	L37	Syndr. dorso-lombaire et irradiation	L37	Hội chứng đau lưng theo rễ thần kinh
17	Autres procédures	L38	Rustic, tendinite, synovite NCA	L38	Rustic, tendinite, synovite NCA	L38	Viêm thanh mạc/gân/màng hoạt dịch
		L39	Polyarthrite rhumatoïde séropositive	L39	Polyarthrite rhumatoïde séropositive	L39	Viêm khớp dạng thấp (XN +)
		L40	Coarctose	L40	Coarctose	L40	Bệnh thoái hóa khớp vùng hông
		L41	Gonarthrose	L41	Gonarthrose	L41	Thoái hóa khớp gối
		L42	Autre arthrose	L42	Autre arthrose	L42	Thoái hóa khớp khác
		L43	Syndrôme de Jépaule	L43	Syndrôme de Jépaule	L43	Hội chứng vai
		L44	Condit du joueur de tennis	L44	Condit du joueur de tennis	L44	Bệnh thoái tay do đánh quần vợt
		L45	Ostéoporose	L45	Ostéoporose	L45	Loãng xương
		L46	Lésion aigüe interne du genou	L46	Lésion aigüe interne du genou	L46	Tổn thương cấp trong khớp gối
		L47	Autre tumeur bén./indét. ostéo-artic.	L47	Autre tumeur bén./indét. ostéo-artic.	L47	Ung thư cơ/xương/khớp lành tính
		L48	Deformation acquise membres inf.	L48	Deformation acquise membres inf.	L48	Biến dạng chi mức phải
		L49	Autre maladien ostéo-articulaire	L49	Autre maladien ostéo-articulaire	L49	Bệnh cơ xương khớp khác

Figure 47. Comparaison entre un extrait de la CISP en français et vietnamien

ANNEXE 7

Interfaces du travail d'encodage

1. Tableau d'interface

Tableau 26. Interface du travail d'encodage

type de variable	niveau enquêteur	niveau ménage	niveau personne interrogée	niveau problème de santé	niveau de recours
Date	Date				
Chiffre	Enquêteur				
Chiffre		Famille.ID			
Chiffre		Famille.code			
Texte		Adresse			
Chiffre		Code postal			
Chiffre		Commune			
Chiffre		Logement1			
Chiffre		Locataire1			
Chiffre			ID de personne		
Chiffre			Code de personne		
Chiffre			Age		
Chiffre			Sexe		
Chiffre			État civil		
Chiffre			Niveau d'étude		
Chiffre			Occupation		
Chiffre			Type de réponse		

Chiffre			Raison de délégation		
Chiffre			Assurance maladie		
Texte			Vignette		
Chiffre			Maison_médicale		
Chiffre			Assurance mutuelle		
Chiffre			État de santé ressenti		
Chiffre			M. généraliste		
Chiffre			M. régulier (spécialiste)		
Texte			Discipline du spécialiste		
Chiffre			Revenu		
Chiffre				ID. Problème de santé	
Texte				Problème de santé	
Chiffre				Problème_recodé	
Chiffre				Gravité ressentie	
Chiffre				Visite 1-2	
Chiffre					ID de soins en santé
Chiffre					Durée
Texte					Qui
Chiffre					Qui encodé
Texte					Où
Chiffre					Où encodé
Texte					Quoi
Chiffre					Quoi encodé
Chiffre					Niveau séquentiel

2. Pour le type de prestataire de soins

SALLE D'ENCODAGE: Le type de prestataire des soins

Qui soigne: bac si tu Où: phong mach

Comment soigner: kham benh

Prestataires codés: **médecin généraliste**

dau khop, gai cot song	nha thuoc	nha thuoc	mua thuoc	1
dau khop, gai cot song	bac si tu	phong mach	kham benh	1

texte pour chercher

Professions list: médecin généraliste, médecin spécialiste, pharmacien, fait tout seul, il ou elle se fait administrer les médicaments, sage-femme, ne rien faire, infirmier, podologue, audiologiste ou audioprothésiste, pédicure, dentiste.

Buttons: Effacer, Fermer

Figure 48. Le type de prestataire de soins

3. Pour le type de prestation de soins

SALLE D'ENCODAGE POUR LES MOTIFS DE SOINS

Motif de soins: kham benh

Prestataire: bac si tu Lieu de soins: phong mach

Motifs codés: **consultation simple**

dau khop, gai cot song	bac si tu	phong mach	kham benh	1100
dau khop, gai cot song	nha thuoc	nha thuoc	mua thuoc	1110

texte pour chercher recours

Care types list: hospitalisation, operation chirurgicale, consultation complexe avec les soins, consultation simple, médicament pour pathologie chronique, médicament (pas avis médical), médicament (avis médical), injection, avis téléphonique, tous les soins non médicamenteux, vaccination, prévention simple, certificat, autorisation, papier.

Buttons: Effacer, Fermer

Figure 49. Le type de prestation de soins

4. Pour le type de lieu de soins

SALLE D'ENCODAGE POUR LES LIEUX DE SOINS

Lieu pour les soins
phong mach

qui: bac si tu quoi: kham benh

Lieu codé
bureau; cabinet (occidental)

dau khop, gai cot song	nha thuc bac si tu	nha thuc phong mach	mua thuc kham benh	1	1
------------------------	--------------------	---------------------	--------------------	---	---

urgence
domicile
pharmacie
bureau; cabinet (occidental)
bureau; cabinet (oriental)
centre de soins du quartier
clinique quartier
service de consultation hospitaliere
hospital (hospitalisation)
ne rien faire

Effacer Fermer

Figure 50. Le type de lieu de soins

5. Pour le type de problème de santé

SALLE D'ENCODAGE (problème de santé)

Problème de santé: examen paraclinique Gravité: 8,6 Âge: 47

Code CISP pour le symptôme
A30 khám bệnh/ đánh giá sức khỏe toàn diện

examen paraclinique	spécialiste	hopital st Luc	examen Mri, prise	2	11000
faiblesse	lui	maison	médicament tisane	2	10000
fièvre et mal à la gorge, maux	lui	maison	médicament daph	2	10000
fièvre et mal à la gorge, maux	généraliste	domicile	consultation	2	11000
fièvre et mal à la gorge, maux	pharmacien	pharmacie	médicament	2	11100
ganglion gynécologique ???	lui	maison	médicament daph	1	10000
ganglion gynécologique ???	gynécologue	cabinet	consultation	1	11000
ganglion gynécologique ???	gynécologue	hopital	incision en hopital	1	11100
mal de tête	lui	maison	médicament daph	1	10000
mal formation du foie	lui	maison	médicament des v	1	10000
mal formation du foie	spécialiste du foie	hopital	consultation	1	11000
mal formation du foie	homéopathe	cabinet privé	consultation	1	11100

A01 Douleur à l'ensemble du corps
A02 Fièvre, frissons
A03 Fièvre
A04 faiblesse/malaise généralisé
A05 Sentir la maladie
A06 évanouissement/absence de conscience
A07 Somnolence
A08 Gonflement
A09 Problèmes de peau
A10 Saignement/saignement anormal

A70 tuberculose
A71 Rougeole
A72 Varicelle
A73 Fièvre typhoïde
A74 Rubéole
A75 Infection à leptospire
A76 éruption cutanée due à un virus différent
A77 Maladie virale

A30 examen médical/évaluation de la santé globale
A31 Examen médical/évaluation de la santé globale (partielle)
A32 Test de sensibilité
A33 Test de sensibilité et de vaccination

Mots clé CISP cisp_code: 30

Effacer Fermer

Figure 51. Le type de problème de santé

ANNEXE 8

Programmation des logiciels statistiques

1. Pour SPSS

1.1. Test McNemar (SPSS)

```
CROSSTABS  
  /TABLES=r1 BY r2  
  /FORMAT= AVALUE TABLES  
  /STATISTIC=KAPPA MCNEMAR  
  /CELLS= COUNT  
  /COUNT ROUND CELL .
```

1.2. Test Wilcoxon (SPSS)

```
NPAR TEST  
  /WILCOXON=nombre.0 WITH nombre.1 (PAIRED)  
  /MISSING ANALYSIS.
```

2. Pour Winbugs

```
model{  
  for (i in 1:537) { # 537 personnes enquêtées en Belgique
```

```

N1[i]~dpois(alpha1[i]) # La distribution de problème en première visite
N2[i]~dpois(alpha2[i]) # La distribution de problème en deuxième visite
# Modèle paramétrique
alpha2[i]<-alpha1[i]/(1+delta[commune[i],facteur[i]]) # relation entre N1 et N2
alpha1[i]~dlnorm(mu[commune[i],facteur[i]], tau[commune[i],facteur[i]])
}
for (j in 1:2) {
  for (m in 1:2) {
    mu[j,m]~dnorm(1,10) # Distribution a priori de moyen du nombre de
problème
    tau[j,m]~dgamma(0.1,0.1) # Distribution a priori de 1/variance du nombre
de problème
    delta[j,m]~dnorm(0,10) #Distribution a priori de la valeur relative de «
télescopage »
    test[j,m]<- 1-step(delta[j,m]) #Tester l'hypothèse de la nullité de «
télescopage »
  }
}
}
# Les valeurs primitives à exercer la simulation en MCMC
list(delta=structure( .Data=c(1,1,1,1), .Dim=c(2,2)),
mu=structure( .Data=c(1,1,1,1), .Dim=c(2,2)) , tau=structure( .Data=c(1,1,1,1),
.Dim=c(2,2)) )

```


ANNEXE 9

Réflexion méthodologique : impact du télescopage dans une enquête par questionnaire en deux phases

1) Introduction

De nombreuses études épidémiologiques s'intéressent aux besoins en santé des populations.

Les paramètres à étudier ne se trouvent que rarement dans les banques de données, où l'on enregistre davantage les éléments factuels des interactions entre l'utilisateur et le système de soins (moment, coût, éléments administratifs, prescription de médicaments, réalisation d'actes techniques, etc.).

Pour obtenir des informations spécifiques concernant les besoins ou demandes de la population, il est fait appel, en général, à la technique d'enquête. Dans ce cadre, le questionnaire est parmi les outils les plus largement utilisés ¹.

Les informations recueillies de cette manière peuvent contenir des erreurs qui mettent en cause leur fiabilité et leur validité ²⁻⁵.

Dans sa revue de la littérature, Aman Bhandari a proposé un modèle conceptuel reprenant tous les biais d'une enquête ².

Il répartit les erreurs en deux groupes :

- Le premier contient les erreurs liées aux caractéristiques non modifiables de la population comme, par exemple, les données socio-démographiques de l'échantillon (l'âge, le sexe, la langue, etc.).
- Le deuxième groupe contient les erreurs liées aux paramètres modifiables de l'étude (la longueur de la période étudiée, son éloignement dans le temps, le type d'événements évoqués, la fréquence des événements, la méthode de recueil de l'information, le type de questions, ainsi que les moyens utilisés pour faciliter le souvenir des événements). Notre étude se focalise sur ce deuxième groupe de biais.

Dans les études rétrospectives, les événements analysés se situent dans le passé et demandent donc, au participant, un travail de remémoration. Cela expose les données aux biais de rappel : l'oubli et le télescopage ².

L'oubli d'un événement, phénomène très individuel, ne peut être quantifié si on ne dispose que d'une source de données. Certains auteurs ont utilisé les données des registres sanitaires pour les comparer aux données recueillies par enquête et ainsi estimer le degré d'oubli des participants. Cependant, les données d'un registre peuvent aussi être entachées d'erreurs. Elles ne sont donc pas un bon élément de référence. Nous ne nous sommes pas intéressés à ce biais.

Le biais de télescopage existe lorsque l'événement est erronément situé dans le temps. Un événement peut être évoqué par le participant alors qu'il ne se situe pas dans la période étudiée (télescopage) ou, inversement, ne pas être mentionné alors qu'il en fait partie (parfois appelé télescopage inverse) (Figure 52).

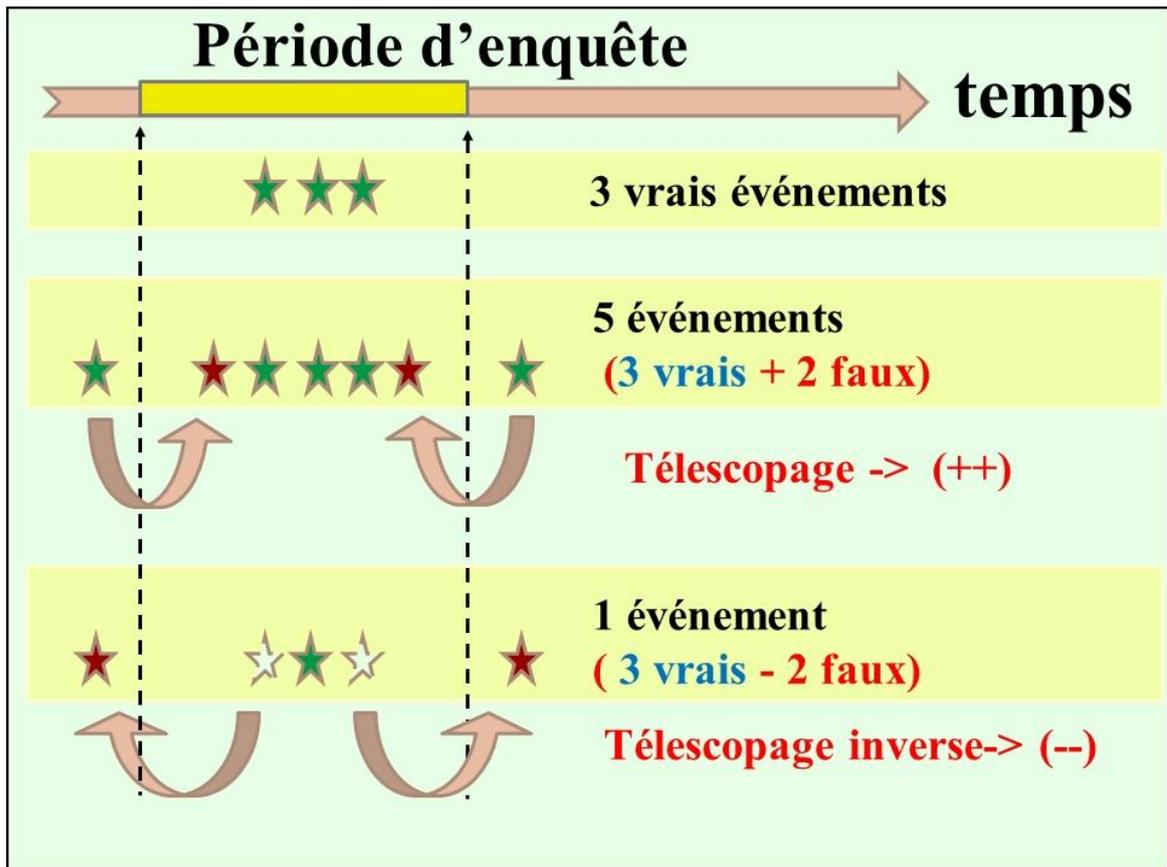


Figure 52. Illustration des biais de télescopage et de télescopage inverse

Dans l'analyse qui suit, nous évaluerons l'effet résultant.

Pour estimer l'impact du biais de télescopage, Neter ⁶ a proposé une enquête en deux phases dans laquelle la période d'étude est délimitée par deux visites.

La première permet de recueillir les données de la période précédente et, surtout, d'interrompre la récolte des données à une date précise. Lors de la deuxième visite, l'enquêteur présente les données de la période précédente à l'enquêté en demandant les événements survenus entre-temps. Dans cette étude, le télescopage était responsable de 8 à 55% de surestimation des données de la première récolte⁶. Il a aussi montré que l'effet de télescopage était plus important quand l'événement était plus marquant.

Un autre biais, dont nous devons tenir compte dans l'analyse des données d'une enquête en deux phases, est celui de fatigue : l'interviewé peut omettre involontairement de mentionner certains événements lors d'une visite ou de l'autre (Figure 53).

La répétition des interventions, comme le dit Verbrugge ⁷, peut augmenter ce biais et entraîner une sous-estimation du nombre d'événements rapportés.

L'objectif de ce travail est d'apprécier l'influence du biais de télescopage sur les données d'une enquête en deux phases.

Le biais de fatigue sera apprécié à des fins d'analyse.

2) Méthodologie

Ce travail a été effectué sur les données belges de notre enquête.

Pour servir l'objectif de l'étude, les problèmes de santé, évoqués par les participants de l'étude présentée plus haut, ont été répartis en deux groupes.

Le premier groupe était constitué des problèmes de santé nécessitant la prise quotidienne de médicaments. L'évocation de ces problèmes ne requérant pas d'effort de mémoire ou de datation, elle ne subit donc que l'effet de fatigue. Pour estimer ce biais, la concordance de déclaration d'un même problème de santé lors des deux visites a été évaluée (tableau 27). Si un problème n'était déclaré qu'à l'une des deux visites (b et c), une discordance de déclaration était enregistrée. Par contre, si le même problème était déclaré à chacune des deux visites (a) ou si aucun problème de santé n'était déclaré (d), il y avait concordance de déclaration. Deux chercheurs ont vérifié indépendamment ces informations.

Tableau 27. Concordance de déclaration

		Visite 2	
		Problème A	Pas de problème
Visite 1	Problème A	a	B
	Pas de problème	c	D

La significativité du degré de concordance a été évaluée par le test de McNemar, de manière globale et par caractéristique socio-démographique.

D'autre part, l'indice Kappa a également été calculé dans chaque sous-groupe pour vérifier l'importance du hasard dans le taux de concordance.

Dans le deuxième groupe comprenant les problèmes de santé ne nécessitant pas une prise quotidienne de médicaments, l'effet de télescopage pouvait survenir en plus de celui de fatigue, puisque leur déclaration supposait une datation.

L'impact de ces biais a été évalué par :

- le test T de Student apparié (sous l'hypothèse nulle, la moyenne de la différence du nombre d'événements entre les deux visites est égale à zéro).
- le test Wilcoxon pour données appariées (sous l'hypothèse nulle, la distribution de la différence du nombre d'événements de chaque personne entre deux visites est égale à zéro).
- Pour vérifier l'importance de la variation intra-personnelle, nous avons appliqué la *Cluster analysis*. Les paramètres ont été estimés par la technique de Markov Chain Monte Carlo (MCMC).

Le nombre de problèmes de santé est supposé suivre une loi de Poisson de moyenne λ , soit $Po(\lambda)$.

Dans le contexte de l'étude, l'effet de télescopage ne se limite qu'à la première visite.

Le modèle MCMC proposé est le suivant:

$N1 \sim Po(\lambda1)$ (Nombre de problèmes déclarés à la première visite)

$N2 \sim Po(\lambda2)$ (Nombre de problèmes déclarés à la deuxième visite)

$\lambda1 = \lambda2 + \text{effet de télescopage}$ (hypothèse de l'étude)

$\lambda1 = \lambda2*(1+\beta)$

- où $N1$ et $N2$ sont le nombre d'événements déclarés à chaque visite,
- où $\lambda1, \lambda2$ sont les paramètres de la distribution de Poisson,
- où β est la proportion relative de l'effet télescopage sur la valeur réelle du paramètre.

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide de SPSS version 13.0 et de Winbugs version 1.4.3. Les 5000 premières simulations ont été utilisées pour obtenir les valeurs de base et les 5000 suivantes pour estimer les paramètres (MCMC). Le seuil de signification a été fixé empiriquement à $p=0,05$. Les formules de test utilisées dans Winbugs sont présentées dans l'annexe 8.

3) Résultats

Pour rappel, 537 personnes ont été interrogées à deux reprises. 318 d'entre elles ont déclaré n'avoir aucun problème de santé.

A la première visite, 380 problèmes requérant une prise quotidienne de médicaments et 1142 n'en nécessitant pas ont été répertoriés. Les valeurs étaient respectivement de 358 et 762 lors de la deuxième visite (Tableau 28).

Tableau 28. Répartition des problèmes de santé mentionnés à chaque visite

	Problème nécessitant la prise quotidienne de médicaments	Problème ne nécessitant pas de prise quotidienne de médicaments	Total des problèmes
Visite 1	380	1142	1522
Visite 2	358	762	1120

Pour évaluer le biais de fatigue, les problèmes de santé requérant une prise de médicaments quotidienne ont été analysés en termes de contenus.

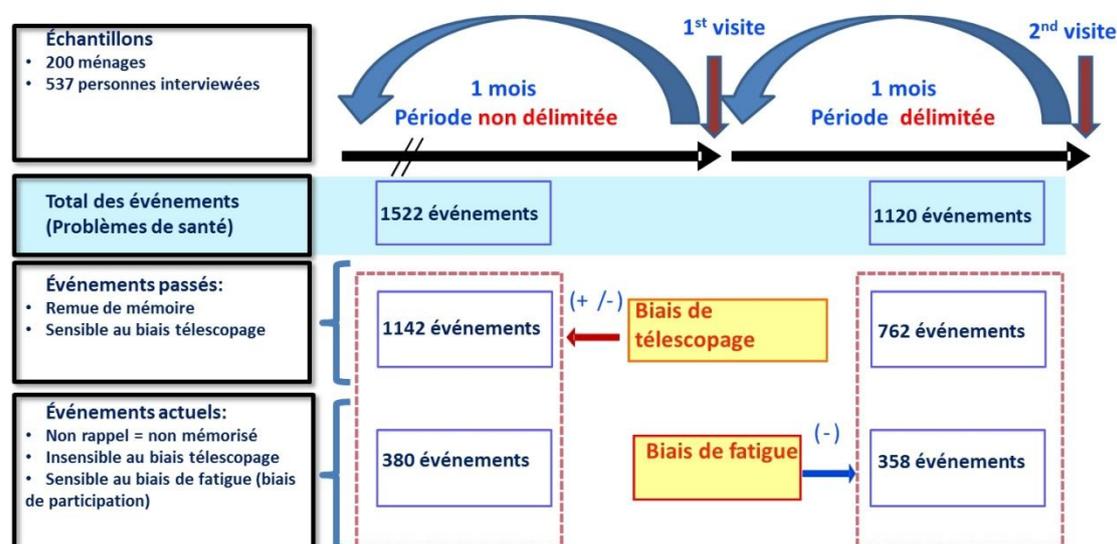


Figure 53. Illustration des biais de télescopage et de fatigue

287 problèmes identiques ont été déclarés lors des deux visites. En comptant les 318 personnes n'ayant déclaré aucun problème lors des deux visites, cela porte à 605 le nombre d'événements concordants. 93 problèmes de santé n'ont été mentionnés

qu'à la première visite et 71 à la deuxième visite ; 164 problèmes de santé ont donc été encodés comme discordants. Le taux de concordance de l'information est de 78,7%, avec un indice Kappa est de 0,57. Le test statistique n'a pas montré de différence significative entre les deux visites (Tableau 29).

Tableau 29. Concordance des problèmes de santé (PS) nécessitant la prise quotidienne de médicaments, en fonction des caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon

Variable	Valeur de la variable	Concordance (%)	p §	Kappa *
Total	380 PS à la visite 1	78,7	0,101	0,57
	358 PS à la visite 2			
Sexe	Homme	80,5	1	0,61
	Femme	77,4	0,028	0,55
Âge	≤ 18 ans	94,5	1	0,43
	19-65 ans	76,8	0,395	0,54
	> 65 ans	71,5	0,136	0,09
État civil	Marié(e)	72,5	0,373	0,43
	Célibataire	90,4	0,134	0,61
	Divorcé(e)	65,5	0,263	0,28
	Veuf/veuve	85,3	0,065	0,51
	Cohabitant(e)	75,7	0,18	0,50
Niveau d'étude	Pas de diplôme	92,8	0,727	0,82
	Primaire	77,3	0,015	0,54
	Secondaire inférieur	82,4	0,108	0,63
	Secondaire supérieur	76,1	0,262	0,51
	Supérieur non universitaire	77,8	1	0,56
	Universitaire	60,8	0,263	0,22
	Autre	60,0	0,219	0,22

§ test de McNemar pour la concordance, * valeurs de Kappa

1142 problèmes ne nécessitant pas de prise quotidienne de médicaments ont été déclarés à la première visite et 762 à la deuxième.

En moyenne, il y avait 2,13 et 1,42 problèmes par personne respectivement aux première et deuxième périodes. La différence était à hauteur de 50% du nombre de problèmes rapportés qui soit attribué à l'effet du biais de télescopage, puisque l'effet du biais de fatigue est négligeable, comme nous l'avons montré dans les analyses précédentes. Cet effet est toujours significatif et très comparable quand nous avons mesuré dans les sous-groupes socio-démographiques différents qui ont servi de variables de contrôle. Cela signifie donc que le sexe, l'âge, l'état civil et le niveau d'étude ne sont pas corrélés avec le biais de télescopage (tableau 30).

Tableau 30. Comparaison du nombre de problèmes de santé (PS) ne nécessitant pas de prise quotidienne de

Variable	Visite1	Visite2	(P1-P2)/P2 (%)	T Student apparié	Test de Wilcoxon	Test ANOVA
Total	2,13	1,42	50	<0,001	<0,001	
Sexe						0,535
Homme	1,89	1,24	52	<0,001	<0,001	
Femme	2,32	1,57	48	<0,001	<0,001	
Age						0,893
≤ 18 ans	1,85	1,20	54	<0,001	<0,001	
19-65 ans	2,19	1,46	50	<0,001	<0,001	
> 65 ans	2,31	1,60	44	<0,001	<0,001	
État civil						0,573
Marié(e)	2,24	1,44	56	<0,001	<0,001	
Célibataire	1,86	1,25	49	<0,001	<0,001	
Divorcé(é)	2,24	1,67	34	0,124	0,091	
Veuf/veuve	2,87	1,83	57	0,001	0,001	
Cohabitant(e)	2,28	1,69	35	0,051	0,079	
Niveau d'étude						0,439
Pas de diplôme	2,13	1,35	58	<0,001	<0,001	
Primaire	1,65	1,09	51	0,009	0,008	
Secondaire inférieur	2,04	1,60	28	0,027	0,007	
Secondaire supérieur	2,22	1,38	61	<0,001	<0,001	
Supérieur non universitaire	2,34	1,57	49	<0,001	<0,001	
Universitaire	2,50	1,61	55	0,003	0,004	
Autre	1,56	1,56	0	1	0,564	

4) Discussion

La qualité des données est un élément primordial des enquêtes. Les efforts pour comprendre, estimer et contrôler les biais ne doivent pas faiblir. Parmi les biais connus, le biais de télescopage est un biais important lorsque l'on souhaite enregistrer des événements d'une période bien délimitée dans le temps. Les efforts pour le contrôler restent très limités du fait du caractère variable du télescopage. En effet, ce biais de télescopage peut influencer les données dans les deux sens : surestimation et sous-estimation ².

Les événements intéressants sont plus facilement évoqués même s'ils concernent une période antérieure à la période étudiée (télescopage). Il en résulte une surestimation d'événements dans l'enquête. Au contraire, des événements moins intéressants seront plutôt repoussés en pensée dans une période antérieure à la période étudiée (télescopage inverse), donnant une sous-estimation d'événements ⁶. L'effet est variable selon les études ^{2,8-10}. En conséquence, il n'est pas facile d'estimer l'influence de ce biais dans les données finales.

L'approche la plus utilisée est de comparer les données d'enquête avec celles d'un registre sanitaire (dossier médical, preuve de paiement, dossier de l'assurance maladie, etc.) ^{9,11-16}. Le principe est de vérifier le contenu et la date de l'information de ces deux sources de données. On pourra ainsi identifier si l'événement est survenu avant, pendant ou après la période étudiée, ce qui permet de quantifier l'importance du télescopage sur le nombre d'événements répertoriés. Cependant, certaines informations ne sont pas systématiquement enregistrées ; elles ne sont donc pas disponibles pour la comparaison. De plus, la nature différente des deux sources d'information constitue en elle-même un biais pour la comparaison ².

Pour dépasser ces limites, il y a une autre approche basée sur l'enquête à deux phases (appelée *Bounded recall*). L'idée est de baliser la période où l'on récolte les événements à étudier. L'inconvénient principal de cette approche est que les données sont exposées au biais de fatigue qui devient plus important à partir de la deuxième visite ¹⁷.

Cependant, si l'on s'intéresse seulement à l'incidence d'événements, et si le biais de fatigue est contrôlé, cette approche devient intéressante pour étudier l'impact de télescopage. C'est le cas de l'étude de Netter. Il a utilisé une approche mathématique permettant de vérifier que l'effet de fatigue était nul.

La technique principale de notre travail était d'identifier deux types d'événements : ceux sensibles aux biais de télescopage et de fatigue et ceux qui ne sont sensibles qu'au biais de fatigue. Avec deux matières différentes, notre approche consiste à évaluer le biais de fatigue pour parvenir à mesurer l'impact de télescopage. Notre analyse montre que le biais de fatigue est statistiquement négligeable dans cette

étude. Ce résultat reste cohérent même après avoir tenu compte des paramètres socio-démographiques.

De ce point de vue, la différence moyenne du nombre d'événements entre les deux visites est attribuée au biais de télescopeage, qui était à hauteur d'un tiers du nombre moyen de problèmes de santé. Ce résultat est comparable à celui d'autres études. La plus-value apportée par notre étude est que l'impact du télescopeage est bien démontré par la comparaison des mêmes données recrutées par un questionnaire.

Nous avons trouvé que les facteurs comme l'âge, le sexe, l'état civil et le niveau d'étude n'ont pas eu d'effet significatif sur le biais de télescopeage. Dans la littérature, la discussion de cet effet est encore controversée. Dans certains travaux¹³⁻¹⁵ le niveau d'étude, le type d'occupation et le niveau de revenus ne sont pas corrélés avec le biais de rappel, alors que d'autres études concluent au contraire à une corrélation^{12,18}.

Comme le biais de télescopeage peut varier en fonction de la méthode d'enquête, de la durée de rappel, de l'événement mesuré^{6,18}, notre travail s'est limité à montrer l'ampleur du télescopeage dans une enquête communautaire par questionnaire. L'impact du télescopeage en termes absolus n'est pas transposable à d'autres contextes. Nous nous sommes limités aux analyses d'impact de ce biais en nous basant sur l'incidence d'événements sans nous intéresser à la nature des événements.

À notre avis, la méthode du *Bounded recall* n'est pas sans inconvénient. En premier lieu, il pourrait y avoir une influence saisonnière sur les événements de santé rapportés lors de deux visites différentes. Cet effet a probablement eu un impact limité sur notre travail vu le faible délai entre les deux visites, mais nous ne l'avons pas contrôlé expressément. Deuxièmement, l'effet de télescopeage a été évalué, d'une part sur le nombre d'événements plutôt que sur leur nature et, d'autre part, au niveau de l'échantillon plutôt qu'à celui de l'individu. Par conséquent, télescopeage et télescopeage inverse ne sont pas identifiables par cette technique (Tableau 31).

Tableau 31. Comparaison des différentes méthodes d'approche entre les études

Critères	Autres études	Bounded recall (Neter)	Notre étude
Référence	Registres/bases de données	Enquête en plusieurs phases	Enquête en 2 phases
Comparaison	Contenu	Événements	Événements
Source d'information	Même source	Sources différentes	Sources différentes
Technique	Différentes	Même technique	Même technique
Période de rappel	Variée	1 mois	1 mois
Surestimation	5-68%	Non calculable	Non calculable

La méthode d'enquête en deux phases se base sur l'hypothèse de la nullité des autres biais sur la différence entre les deux phases, ce qui demande un déroulement identique des deux visites. Cette étude a été menée avec beaucoup de rigueur dans la préparation à ce niveau, mais le déroulement de chaque visite n'a pas pu être vérifié.

5) Conclusion

Bien que l'enquête par questionnaire présente des biais potentiels importants, cette méthode est largement utilisée dans le domaine de la santé, parce qu'elle apporte des données difficilement accessibles autrement. Les efforts pour estimer les biais qui entachent les résultats sont encore limités et la validité des données reste donc hypothétique. Dans notre étude, 50% du nombre des problèmes de santé surestimés sont attribués au biais de télescope. Ce résultat nous amène à garder une grande prudence dans l'interprétation des données. Il nous semble donc important, dans chaque enquête, de contrôler ce biais afin d'assurer la validité des données de l'enquête rétrospective par questionnaire.

6) Références

1. Demarest S, Gisle L, Hesse E, Miermans P-J, Tafforeau J, Heyden Jvd. Synthèse: Enquête de Santé par Interview Belgique 2004 Belgique: Institut scientifique de la santé publique; 2004.
2. Bhandari A, Wagner T. Self-reported utilization of health care services: improving measurement and accuracy. *Med Care Res Rev* 2006;63:217-35.
3. Knauper B, Turner PA. Measuring health: improving the validity of health assessments. *Qual Life Res* 2003;12 Suppl 1:81-9.
4. Huang PY, Buring JE, Ridker PM, Glynn RJ. Awareness, accuracy, and predictive validity of self-reported cholesterol in women. *J Gen Intern Med* 2007;22:606-13.
5. Short ME, Goetzel RZ, Pei X, et al. How accurate are self-reports? Analysis of self-reported health care utilization and absence when compared with administrative data. *J Occup Environ Med* 2009;51:786-96.
6. Neter J, Waksberg J. A Study of Response Errors in Expenditures Data from Household Interviews. *Journal of the American Statistical Association* 1964;59:18-55.
7. Verbrugge LM. Health diaries. *Med Care* 1980;18:73-95.
8. Schmitz MF, Russell DW, Cutrona CE. The Validity of Self-Reports of Physician Use Among the Older Population. *Journal of Applied Gerontology* 2002;21:203-19.
9. Ungar WJ, Coyte PC. Health services utilization reporting in respiratory patients. Pharmacy Medication Monitoring Program Advisory Board. *J Clin Epidemiol* 1998;51:1335-42.
10. Petrou S, Murray L, Cooper P, Davidson LL. The accuracy of self-reported healthcare resource utilization in health economic studies. *Int J Technol Assess Health Care* 2002;18:705-10.
11. Solomon DH, Stedman M, Licari A, Weinblatt ME, Maher N, Shadick N. Agreement between patient report and medical record review for medications used for rheumatoid arthritis: the accuracy of self-reported medication information in patient registries. *Arthritis Rheum* 2007;57:234-9.
12. Roberts RO, Bergstralh EJ, Schmidt L, Jacobsen SJ. Comparison of self-reported and medical record health care utilization measures. *J Clin Epidemiol* 1996;49:989-95.
13. Ritter PL, Stewart AL, Kaymaz H, Sobel DS, Block DA, Lorig KR. Self-reports of health care utilization compared to provider records. *J Clin Epidemiol* 2001;54:136-41.

14. Reijneveld SA, Stronks K. The validity of self-reported use of health care across socioeconomic strata: a comparison of survey and registration data. *Int J Epidemiol* 2001;30:1407-14.
15. Raina P, Torrance-Rynard V, Wong M, Woodward C. Agreement between self-reported and routinely collected health-care utilization data among seniors. *Health Serv Res* 2002;37:751-74.
16. Heyden Jvd, Tafforeau J, Oyen HV, Demarest S. Measurement of the Use of Curative Health Services: Health Interview survey versus National Registers. *Archive of Public Health* 2003;61:177-90.
17. Bradburn NM, Rips LJ, Shevell SK. Answering autobiographical questions: the impact of memory and inference on surveys. *Science* 1987;236:157-61.
18. Bellon JA, Lardelli P, Luna JD, Delgado A. Validity of self reported utilisation of primary health care services in an urban population in Spain. *J Epidemiol Community Health* 2000;54:544-51.

ANNEXE 10

Illustration des différences d'affluence entre une polyclinique ambulatoire hospitalière et un PSP



Polyclinique ambulatoire hospitalière



